UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1947-1948 — N° 56

1946-47

MILIEU PAYSAN
ET
MÉDECINE SOCIALE RURALE

La Médecine au service du Paysan
Organisation de la Médecine rurale
Plan de sécurité sociale agricole

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 23 avril 1947

PAR

André-Félix-Fernand FRAHIER

Né à CAUDÉRAN (Gironde), le 23 octobre 1918

Examinateurs de la Thèse

MM. DERVILLEE, professeur ..... *Président.*
PIECHAUD, professeur ..... *Juges.*
BRETHE DE LA GRESSAYE, prof. à la Faculté de droit.. *Juges.*
BROUSTET, agrégé ..... *Juges.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1949

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1947-1948 — N° 56

MILIEU PAYSAN
ET
MÉDECINE SOCIALE RURALE

La Médecine au service du Paysan
Organisation de la Médecine rurale
Plan de sécurité sociale agricole

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 23 avril 1947

PAR

André-Félix-Fernand FRAHIER

Né à CAUDÉRAN (Gironde), le 23 octobre 1918

Examinateurs de la Thèse

MM. DERVILLEE, professeur ..... *Président.*
PIECHAUD, professeur .....
BRETHE DE LA GRESSAYE, prof. à la Faculté de droit.. *Juges.*
BROUSTET, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1949

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. PORTMANN.

ASSESSEUR : M. CHELLE.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, H. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PERY, LABAT, CHARRIER.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
id.	CREYX.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurg. et gynécol.	MASSÉ.	Clinique chirurg. inf. et orthop.	LOUBAT.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clin. des maladies infectieuses	DAMADE.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	DE GRAILLY.	Physique méd. et pharmaceutique.	PIFFAULT.
Anatomie	VILLEMIN.	Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Hygiène et clin. de la tubercul.	PIÉCHAUD.	Clin. des mal. des voies urinaires	DARGET.
Médecine légale et du Travail.	DERVILLÉE.	Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARSALET.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	REBOUL.	Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.	CASTAGNOU.
Matière médicale	GOLSE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Pharmacie	VITTE	Clin. méd. des mal. des enfants.	FONTAN.
Physiologie	FABRE.	Botanique et cryptogamie	GIRARD.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.		

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. PERRENS (Maladies mentales) — DUFOUR (Anatomie) ; MESNARD (Pharmacie).

MAITRE DE CONFÉRENCES

M. BLANQUET (Physique pharmaceutique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	N...	Chimie biologique	TAYEAU.
Physiologie	N...	Obstétrique	N.
Médecine générale	BROUSTET.	id.	MAHON.
id.	SARIC.	Ophtalmologie	BESSIÈRE.
id.	DUBARRY.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	F.-J. TRAISSAC	Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
id.	BERGOUIGNAN.	Histologie	MAYER.
Pédiatrie et puériculture	VERGER.	Physique médicale	N...
Chirurgie générale	N...	Chimie gén. pharm. et toxicol.	N...
id.	MAGENDIE.	Histoire natur. méd. et parasitol.	N...
id.	POUYANNE.	Pédiatrie et Puériculture	VERGER.
id.	LAUMONIER	Méd. légale et méd. du travail.	L'ÉPÉE.
id.	CHAVANNAZ.	Electroradiologie	LACHAPÈLE.
		Odonto-stomatologie	MARONNEAUD

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	MAGENDIE.	Botanique	GOLSE (René)
Accouchements	N...	Cryptogamie	N...
Puériculture	PERY.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Urologie	N...	Organographie et Physiol. végét.	TEMPERE.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Bactériologie	MOUREAU.
Ophtalmologie	N...	Physiologie	Mlle ROUGIER.
Anatomie	RIGAUD.	Chimie biologique	NEUZIL.
Chimie minérale	N...	Parasitologie et biologie appliqu.	PAUTRIZEL.
		Pathologie chirurgicale	LAUMONIER.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MA GRAND-MERE MATERNELLE

A MON PERE

LE DOCTEUR FÉLIX FRAHIER

MÉDECIN DE CAMPAGNE DEPUIS TRENTE ANS

Qui nous a fourni le fruit de son expérience et en qui nous avons eu le rare privilège de trouver le meilleur des pères et des maitres. Nous lui devons de suivre la voie d'honneur, de bonté, de loyauté et de travail qu'il nous trace chaque jour.

A MA MERE

Dont toute la vie a été faite d'abnégation et d'amour : nous en avons été quotidiennement bénéficiaire. Que ces lignes lui soient aujourd'hui un témoignage de notre profonde affection.

A MA TANTE

NOTRE SECONDE MAMAN

Avec toute notre tendresse et notre affectueuse reconnaissance.

A TOUTE MA FAMILLE

A Marc DUBOURG

JEUNE PAYSAN DE MON VILLAGE

ET A TOUS MES AMIS DE L'ACTION CATHOLIQUE RURALE,
AUMONIERS, DIRIGEANTS, MILITANTS

Ensemble, nous avons œuvré des années au service de la Terre de France.
Avec mes sentiments bien fraternels.

A Monsieur le Professeur F. PIÉCHAUD

Professeur d'hygiène,
Médecin des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Chevalier de l'Ordre de la Santé,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Qui a bien voulu nous encourager dans notre travail.

A Monsieur le Professeur BRETHE DE LA GRESSAYE

Professeur de droit civil à la Faculté de droit de Bordeaux.

Qui, au cours de ces années dans l'action sociale militante, nous a permis d'affermir notre vocation sociale.

A Monsieur le Professeur agrégé BROUSTET

Médecin des hôpitaux,
Officier d'Académie.

Que nous voudrions pouvoir mieux remercier pour l'enseignement qu'il nous a prodigué à la Faculté et à l'Hôpital.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DERVILLÉE

Professeur de médecine légale et déontologie,
Officier d'Académie.

Avec notre profonde gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Orientée, guidée, armée, enrichie, la Médecine, à cette heure du siècle, est en train de devenir la science des sciences. J'entends qu'elle poursuit un judicieux effort pour amener toutes les sciences à servir *la cause de l'homme.*

» Tout peut et doit concourir à rendre l'homme sinon plus sage, du moins plus sain, à l'assister dans sa lutte contre les maladies, à resserrer aussi la nécessaire alliance entre l'hygiène et la morale.

» ... La Médecine ne doit rien ignorer de tout ce qui est un signe de l'homme, de tout ce qui fait la grandeur de l'homme. »

G. Duhamel.

C'est une profession de foi en la Personne humaine que nous faisons au seuil de cette étude.

Profession de foi en l'humanisme chrétien. En l'humanisme médical aussi...

Car nous vivons un temps dur pour l'homme. Au XIX^e^ siècle, Nietszche avait dit : « Dieu est mort » et avait annoncé l'ère nouvelle de la toute-puissance de l'homme.

Et voici qu'au milieu du XX^e^ siècle, des craintes s'élèvent : « L'homme serait-il mort ou écrasé ? » Il y a quelques mois, la revue du groupement *Economie et Humanisme* écrivait : « L'homme est en danger... et il faut pousser ce cri d'alarme non seulement au nom de la santé humaine, de la culture humaine, mais encore au nom de la nature humaine, de ses virtualités, de ses chances, de sa vocation. »

Et il y a quelques semaines, dans le cadre de l'U. N. E. S. C. O., André Malraux s'est écrié : « L'homme est mort. Cherchons sous quelle forme le recréer. »

Le siècle des totalitarismes et des collectivismes matérialistes a tué l'homme. Il continue à tuer sa liberté et sa dignité...

Il est temps, en effet, de clamer en tous les domaines nos soucis d'humanisme.

Il est temps de sauver la Personne humaine. D'autant que les grands problèmes de l'heure présente, qu'ils soient d'ordre économique, social ou politique, sont commandés et sont fondés par le problème de l'homme. Le monde, les sociétés, les groupes et les individus prennent leur orientation selon la conception qu'ils ont de la Personne humaine.

C'est la première raison qui nous fait affirmer notre foi en la valeur suprême de la Personne, à quoi doivent s'ordonner toutes les autres activités humaines.

Nous croyons que l'homme est fait d'un corps et d'une âme, deux éléments irréductibles l'un à l'autre. Nous adhérons à la conception thomiste, chrétienne de l'homme, qui lui confère une liberté voulue par Dieu, sans pourtant nier les interrelations étroites qui existent entre le corps et l'esprit.

L'homme est un *individu* : une unité indivisible. Son intégrité est brisée si on le morcelle.

Mais il est plus que cela. Il est une *personne* : son être est d'essence spirituelle, son âme est un esprit.

Dans la société animale, l'individu est fait pour la société, pour l'espèce.

Dans la société humaine, l'Etat, la race, la collectivité, la société, sont au contraire au service de la Personne humaine.

Il est une seconde raison : nous parlons de « médecine sociale », et, aux yeux de certains, qui dit « social » dit « collectivisme ». Dès maintenant, nous tenions à les rassurer.

Toute médecine est au service de l'homme, de tout l'homme — avant même d'être au service des collectivités. Et nous pensons qu'une certaine médecine sociale, que nous définirons, ne doit pas nécessairement se déshumaniser, mais au contraire permettre de conserver l'art humain et le caractère libéral et « personnaliste » de notre profession.

« Avant d'être savant, l'art médical est humain. » Et cet humanisme médical — dont nous trouvons la définition dans le vers de Térence : « Je suis homme et rien d'humain ne peut m'être étranger » — se traduira de trois façons différentes :

a) D'abord par la *connaissance complète de l'homme*, de tout l'être humain, tant au point de vue corporel qu'au point de vue spirituel :

— Connaissance de l'individu et de son organisme.

— Connaissance de la personne et de son comportement psychique et spirituel.

b) Ensuite, par l'*attitude du médecin devant son malade* — conséquence de sa connaissance de l'homme.

Le médecin humaniste aura la compréhension complète de son malade. Ce sera un psychologue et il ne limitera pas son observation à la seule maladie, mais à soutenir moralement le malade. La confiance de celui-ci en son médecin est un facteur important de sa guérison. Le malade sera donc considéré comme un frère souffrant et non pas comme un sujet présentant tel ou tel symptôme ou comme un simple numéro.

C'est une affaire d'humanisme.

C'est une affaire d'éthique médicale.

Le vieux maître de Cos, Hippocrate, le grand médecin humaniste, avait admirablement posé le problème. Il nous enseigne, en effet, que si la maladie existe bien en elle-même avec ses signes spécifiques, il faut compter aussi avec la personnalité du malade; celle-ci confère à chaque cas un caractère particulier.

Or, cette personnalité dont le médecin doit tenir compte est, comme nous

l'avons déjà signalé, un ensemble somatique et spirituel, dont le Professeur Lhermitte écrit qu'il contient « un agrégat de virtualités qui dépendent de notre atavisme ».

c) Enfin, cet humanisme médical se traduira par le sens social du médecin.

Cette qualité lui fera comprendre d'abord que l'homme est un être social et qu'il y a — selon le mot du Docteur Biot — « une relation maladie-vie sociale qui s'établit dans les deux sens ».

D'une part, le malade, par ses antécédents, n'est pas un isolé. Il se trouve plongé dans un milieu déterminé, dans une atmosphère, un climat à la fois physique et moral.

Le malade est soumis, comme tout être humain, aux mille influences des cadres de vie, du milieu dans lequel sa vie se déroule.

Mais, d'autre part, cette notion du milieu fera comprendre au médecin que les conditions de la santé individuelle retentissent directement sur la vie sociale, changent les possibilités de travail, modifient l'atmosphère du foyer.

Et là se pose tout un aspect du problème de la Sécurité sociale et de la médecine sociale au service de l'homme.

Nous aurons l'occasion, au cours de cette étude sur la médecine rurale, de préciser comment nous entendons la Sécurité sociale et comment nous comprenons la médecine sociale, prolongement de la médecine classique individuelle.

En cette matière comme en bien d'autres, il faut savoir vivre avec son temps, il faut avoir le courage de regarder en avant, d'accepter la revision de nos idées, de rompre avec des idées préconçues de conservatisme désuet.

Il faut avoir le sens réaliste en rentrant dans le courant moderne afin de l'orienter dans un sens spiritualiste et humaniste.

*
* *

En résumé, nous pensons que pendant trop longtemps, certains médecins se sont trop engagés dans la seule perspective des analyses de plus en plus précises visant à isoler soit un germe morbide, soit une lésion particulière, soit un syndrome, sans guère se soucier de la qualité sociale du malade.

Evidemment, le premier acte du médecin est de mettre en œuvre tous les moyens de préciser les désordres d'une économie aux prises avec la maladie. Mais il se doit encore de rechercher le déséquilibre et le dérangement social et moral que toute affection entraîne avec elle.

« Guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours », vieil adage médical.

Mais pour consoler « il y a la manière ». Et pour bien consoler, « il faut être au fait de ce qui doit être la consolation ».

Le problème que pose l'interaction du médecin et du malade est de première importance pour la conduite de notre art.

Toute cette perspective n'est-elle d'ailleurs pas résumée dans ces deux phrases :

« Un bon médecin est celui qui sait soigner ses malades.

» Un grand médecin est celui qui sait les aimer... »

Ajoutons que ce grand médecin, savant et humaniste, sera vraiment selon l'expression du Docteur VINCENT, « le jardinier des hommes... ».

*
* *

C'est en fonction de ces idées générales et des positions philosophiques et doctrinales que nous venons de prendre que nous étudierons le « milieu paysan » et la « médecine sociale rurale ».

Le médecin de campagne qui fait partie de la communauté paysanne et qui, vivant *au* village et *du village*, est un rural doit pratiquer un art qui soit vraiment une médecine rurale au service du paysan, homme de la terre.

C'est ainsi que, dans la première partie de cet ouvrage, nous verrons comment le travail de la terre a créé un type humain : le paysan, et que, par conséquent, la médecine doit s'adapter aux caractères, aux conditions de vie de ce type humain, et doit envisager les cas pathologiques propres au milieu rural.

Nous parlerons donc de l'exercice de la médecine rurale, de ses déficiences actuelles, des remèdes à y apporter.

Dans une deuxième partie, nous envisagerons la médecine sociale rurale en fonction du paysan être social.

Nous brosserons un tableau de toute une politique d'hygiène rurale et de lois médico-sociales.

Nous porterons notre contribution à l'élaboration d'un plan de Sécurité sociale agricole, tout en posant et en essayant de résoudre la grande inquiétude du médecin rural en face du danger collectiviste et étatique. Nous dirons notre foi et notre espoir dans le rôle social du médecin de campagne et dans le caractère libéral de son art.

Ainsi, par ces lignes, nous espérons avoir répondu à ce que nous considérions être notre devoir, et aussi à un besoin actuel du monde rural.

En effet, cette étude a été pensée depuis plusieurs années. Fils d'un médecin de campagne et dirigeant d'un mouvement de jeunesse rurale, nous ne pouvions ne pas choisir un tel sujet pour notre thèse.

Et, d'autre part, cette étude nous paraît répondre à un besoin nouveau, né des conditions techniques et sociales dans lesquelles se trouvent les médecins ruraux dont un grand nombre nous ont fait part à la suite d'une enquête précise menée dans diverses régions de France et auprès de dirigeants des syndicats médicaux suburbains.

Nous pensons aussi faire œuvre utile pour la paysannerie elle-même, dont les nombreuses et intrépides élites sauront profiter de cet enseignement pour améliorer certaines de leurs conditions de vie et pour sauver « l'âme paysanne »...

PREMIÈRE PARTIE

MÉDECINE RURALE :

LA MÉDECINE EN FONCTION DU PAYSAN, HOMME DE LA TERRE

« La vie paysanne est une longue philosophie de la nature, on l'a dans le sang ou on ne l'acquiert qu'avec beaucoup d'amour et de patience. »

Dr Richard.

Certains esprits pourraient croire à un abus de langage que de parler de « médecine rurale ». Il n'y a pas une pathologie paysanne différente de la pathologie urbaine, nous dira-t-on.

Nous concevons, en effet, qu'il n'y a pas deux pathologies. Mais nous pensons et nous avons l'intention de démontrer qu'une médecine rurale est nécessitée, d'une part, par l'existence d'un type psycho-physiologique paysan et par la structure du milieu rural, et, d'autre part, par l'existence de cas pathologiques, de problèmes de prophylaxie et d'hygiène propres à la campagne.

Il découlera de cette démonstration la nécessité d'étudier les déficiences et les remèdes de la médecine rurale.

Ce sera l'obligation pour nous d'esquisser la maquette d'une organisation médico-sociale rurale, de préciser ce que doit être le médecin « à vocation paysanne », ce que doivent être les méthodes de sa formation, lui permettant d'avoir une connaissance approfondie de la psychologie paysanne, des problèmes économiques et sociaux paysans et des données médicales et prophylactiques afférentes aux maladies autochtones.

CHAPITRE PREMIER

DE L'EXISTENCE D'UN TYPE PSYCHO-PHYSIOLOGIQUE PAYSAN

« Je suis depuis longtemps médecin de village, de mon village, d'une souche profondément enracinée,, médecin de paysans, paysan moi-même par toutes mes hérédités. Il y a résonance entre mon âme et celle des hommes qui labourent autour de moi. »

Dr Labat.

Si nous considérons actuellement la masse des *travailleurs* des sociétés modernes, nous voyons aussitôt surgir deux principaux groupements nettement distincts : ce sont le groupement industriel et le groupement agricole. Et, de nos jours, le premier l'emporte nettement sur le second, puisque l'on évalue à 550.000.000 le nombre des personnes qui se consacrent à l'agriculture sur une population active de 865.000.000 environ.

Certains pays, comme l'Angleterre et la Belgique, peuvent être considérés comme essentiellement urbains et industriels; d'autres, au contraire, comme la Hongrie, la Roumanie..., peuvent être considérés comme essentiellement agricoles.

La France, mieux équilibrée, possède une activité mixte : en 1931, sur 40.000.000 d'habitants, on y comptait une population active de 21.612.000, dont 7.637.433 personnes étaient occupées à l'agriculture (4.400.000 hommes et 3.200.000 femmes).

Aussi l'importance numérique des ouvriers d'usine, et surtout leurs incessantes revendications, avaient attiré jusqu'ici l'attention des pouvoirs publics sur leur sort et même en matière de médecine du travail. Et il ne fallut pas moins de deux guerres mondiales avec leurs blocus pour rappeler à tous l'importance vitale de l'agriculture pour une nation.

En effet, la première condition de l'homme est de vivre, et pour vivre il doit se nourrir. « Qui est-ce qui nourrit l'univers, dit saint Augustin, sinon celui qui, de quelques graines, suscite les moissons... » Ainsi donc, « celui qui nous donne le pain et qui tout d'abord nous fait vivre » doit nécessairement reprendre dans la société la première place tant par sa valeur que par son ancienneté.

Aux premières heures de l'humanité, la première condition de l'homme fut d'être cultivateur. Las de courir après un gibier incertain et de se nourrir de fruits sauvages, il se fixa vite au sol auquel il demanda une

nourriture plus substantielle et plus abondante. Et du jour où il se mit à creuser la terre pour y enfouir les premières graines, il contracta pour lui et ses descendants une « alliance sacrée avec la terre nourricière ».

Depuis lors, de génération en génération, le même geste se répéta au même rythme des saisons et sous tous les climats du monde. De sorte que, au cours des siècles, le travail de la terre marqua l'homme qui s'y livra d'une façon continue, d'une foule de caractères fondamentaux qui en firent un type psycho-physiologique humain particulier : c'est le type paysan.

Si tous les paysans du monde appartiennent à des races différentes, les caractères de leur type paysan ne permettent pas d'affirmer, comme certains le voudraient, qu'il existe une race paysanne.

La race a pour point de départ une variété primitive qui a pour cause une action constante et profonde sur les hommes des différents climats et sols, leur donnant des caractères biologiques et morphologiques distincts : caractères qui sont devenus héréditaires. D'autre part, les éleveurs d'animaux désignent, comme action raciale, la continuité d'un certain type physique constitué par un ensemble de caractères physiologiques déterminés, transmissibles par l'hérédité.

Les caractères raciaux qui distinguent les différents groupements humains ne peuvent avoir un caractère d'universalité.

Le type paysan est conditionné par le genre de travail et le milieu.

Par l'amour qu'elle éveilla en tous ceux qui se donnèrent à elle, la terre forma, non seulement un type paysan, mais aussi une âme paysanne.

Examinons donc les différents facteurs qui sont intervenus dans cette formation. Nous trouvons tout d'abord le *genre de travail* qu'exige l'agriculture, travail identiquement le même partout et toujours, travail présentant le caractère d'universalité. Le type paysan est bien un type universel.

Partout, en effet, les paysans sont aux prises avec les mêmes problèmes moraux et sociaux. Partout les paysans ont été marqués par les mêmes milieux matériel et humain. Partout, par-delà les divergences de race et de coutumes, les paysans ont été dotés d'« une âme paysanne commune ». Si le paysan représente un type humain particulier, ce n'est pas qu'il soit d'une autre humanité que les autres hommes, mais parce que tout simplement il a été façonné par les conditions de travail et de vie que réclame sa grande alliée, la terre (1).

N'est-il pas le prototype du travailleur obéissant à la dure mais juste sentence : « Tu gagneras ton pain à la sueur de ton front », celui à qui la terre sera toujours fidèle si lui-même respecte les clauses du contrat

---

(1) Pour la rédaction de ce chapitre, nous nous sommes inspiré des remarquables études du R. P. de Ganay dans *Découverte de l'âme paysanne;* de M. l'abbé Boulard dans *Paysannerie et humanisme;* de Jean Yole dans *le Malaise paysan,* et du Docteur Labat dans *l'Ame paysanne.*

On ne peut parler de psychologie paysanne sans avoir recours à ces auteurs. Nous puiserons chez eux des idées-forces et aussi des phrases suggestives.

immuable et éternel; celui qui prit le premier outil et creusa dans les flancs de sa mère nourricière le premier sillon pour y déposer la graine ? « Ensuite, dit saint Marc, qu'il dorme ou qu'il veille, elle germe et croît sans qu'il sache comment. »

Action du milieu matériel.

La première réalité qui s'impose à un observateur averti est l'action du milieu matériel sur l'homme qui cultive la terre et l'influence qu'exerce sur lui le genre de travail que ce milieu exige. Ce n'est pas, comme à l'usine, un milieu fermé et particulariste qui intervient, c'est tout l'univers des choses qui va marquer profondément et à jamais le corps du paysan et lui donner une psychologie spéciale. « Le travail de l'agriculture, écrit le R. P. de Ganay, identifie l'homme à la terre... leurs vies battent des rythmes synchrones, intensifiant ou ralentissant leur activité saisonnière. » A la campagne, la journée n'est jamais finie. Qu'y ferait-on de la journée de huit heures ? Le travail doit être conduit sans relâche « depuis le début jusqu'à son fruit », selon l'expression réaliste de l'abbé Boulard. Certes, c'est là un labeur écrasant, mais qui « prend tout l'homme » et c'est ce qui a fait l'endurance physique et morale du paysan et parfois sa dureté. De sorte qu'il lui arrive d'avoir moins une « conception de vie » qu'une « conception de travail ». Tel est l'angle sous lequel il faut comprendre la *psychologie paysanne*. Son travail est devenu la raison d'être de sa vie. Aussi exige-t-il une tâche bien faite : « dur pour lui-même, il est dur pour les autres », et âge, faiblesse, « rien ne trouve grâce devant lui », l'homme est sacrifié au travail.

Comme tous les travailleurs manuels, le paysan est *réaliste;* mais il a fait connaissance avec des choses et des « besognes vraies », qui ne se plient pas à ses caprices ou à ses imaginations. La semence du blé et sa culture ont des lois absolues que le paysan ne peut transgresser on conduire à sa guise. « L'homme, dit Bacon, discipline la nature en lui obéissant et, avant d'être une conquête, la vie est une dépendance. »

D'autre part, la matière sur laquelle travaille le cultivateur est une « *matière vivante* » : plantes, animaux; « la terre elle-même est une vie ». Et cela donne au travail paysan toute sa valeur et sa portée. Le grain que l'on sème n'est pas un fragment de matière inerte, mais un « échantillon de vie ». Le paysan prend « une tranche de vie » qu'il doit observer, épier, et dont il lui faut deviner la direction afin de l'entourer des conditions choisies de telle sorte qu'elle évolue normalement, mais aussi dans le sens qu'il veut, à son profit. Il acquiert ainsi une de ses qualités dominantes : l'*intuition*. Il n'a pas à raisonner : « sa science est faite d'expérience et de connaissance concrète des choses ».

Il doit accepter certains collaborateurs avec leurs lois : soleil, lumière, pluie, microbes, qui lui imposent les conditions qu'il ne peut maîtriser, et auxquelles il doit s'adapter *patiemment* pour les incliner à ses fins. Il faut donc qu'il montre une *certaine souplesse*, qu'il soit toujours prêt au changement de manœuvre, souvent improvisateur. Cette dépendance pourrait le rendre fataliste, mais le plus souvent il en sort plus courageux,

« d'un courage qu'il finit par accepter à force de subir ». Et, connaissant la constance des lois de la nature, il sera *tenace*. « C'est l'éternel recommenceur... un acharné travailleur. »

Réaliste, intuitif, patient, souple, tenace, toutes ces qualités, par leur degré rare et extrême, font du paysan à sa manière un artiste. Comme tout artiste, n'est-il pas, lui aussi, un créateur de beauté ? La vie obéit à son geste, et la vie est belle ! Et cette impression qu'il a de travailler sur de la vie, de faire de la vie, le rend *sentimental*, en ce sens « *qu'il aime de sentiment* » ses champs et ses bêtes qu'il a vues naître et grandir! Il les aime pour elles-mêmes, et, s'il les vend, ce n'est pas tant pour *amasser de l'argent* que pour étendre ses terres, améliorer son matériel ou renouveler son cheptel.

Comme il a le sens de la prudence et de la mesure, il a le *sens de l'épargne*, car elle est pour lui une nécessité vitale. Ne doit-il pas redouter que les choses tournent au désastre ? Un orage, une épidémie, sont si vite arrivés.

Le paysan aime, veut, pense tout entier, tout d'une pièce. Sa psychologie est tout d'*un bloc*. « Elle n'est pas différenciée », constate le P. de Ganay.

La raison, cependant, intervient dans ses sentiments : son sens de la beauté, son amour pour ses biens, sont liés inséparablement au *sens de l'utilité*. « Un beau champ, un riche temps, un joli bois, ont pour lui une signification plus complexe que pour l'artiste. »

Sa sensibilité, faite de finesse, le rend susceptible et conscient de son infériorité pour s'expliquer...; il sait cependant discuter de ce qu'il sait et avec qui lui a inspiré confiance. C'est ce qui explique sa *timidité* devant un étranger, au point qu'il peut paraître faux, fuyant, et c'est ce qui le rend parfois *impressionnable*. Aussi vogue-t-il facilement « toutes facultés dehors ». Et, s'il lui arrive de tomber dans la grossièreté des plaisirs et du matérialisme, il est également capable de s'élever jusqu'aux plus hauts sommets. Il sait défendre son sol en mourant s'il le faut.

Cette réalité vivante continue son action par ses *variations multiples*. Ecoutons encore le R. P. de Ganay : « Le sens du possible, de l'occasion fugitive, qu'incessamment il faut surprendre pour s'y adapter, met le paysan comme perpétuellement en attitude d'affût. Sol et ciel, bêtes et gens, il observe tout, tout lui est signe. » D'où l'acquisition de *sens supérieurement aiguisés*, et une *sûreté de coup d'œil* sur les qualités d'une bête, sur les intentions et la valeur de ses voisins. Devant ruser avec la nature, il sera d'une *rouerie* inégalée, qui lui servira dans ses tractations commerciales.

Mais devant ces variations imprévisibles et souvent irréparables de la nature, le paysan éprouve un *sentiment de faiblesse* résignée qui peut s'élever jusqu'à la confiance en Dieu, mais qui, sans cette confiance, dégénère en superstition et nuance toujours d'un peu de *fatalisme* la *résignation paysanne*.

Le paysan aime sa terre; mais « la terre, dit le Docteur Labat, ne se défend dans le cœur du paysan que par le travail obscur des hérédités qui maintiennent la chaîne ».

« Depuis toujours, remarque le R. P. de Ganay, les données de la vie sont les mêmes, comme le travail qui la discipline; chaque génération refait les mêmes gestes augustes à peine variés, face à cette même vie constante et fidèle à ses promesses. Comment résister à cette si lointaine leçon de continuité où le sens du passé révèle au paysan le sens d'un avenir à ne pas compromettre ? Comment le paysan ne serait-il pas l'homme de la tradition, l'homme qui ne peut que rester semblable à lui-même et sait se souvenir ? »

L'hérédité explique, en effet, le profond *traditionalisme* de l'homme de la terre. Il a le sens du passé qui tient l'âme paysanne. Elle s'attache à tout ce qui le représente, souvenir et culte des morts. Elle se fixe, comme si elle en tirait formes et consistance : mœurs, coutumes, costumes, contes, chansons et patois.

Le paysan a aussi le sens de « *ce qui se fait* et de *ce qui ne se fait pas* », et il peut devenir esclave de la coutume locale, ce qui le rend *routinier* et *prudent* devant toute innovation.

La connaissance des données héréditaires et de cette dépendance aux lois constantes de la nature ont développé chez lui la *notion de durée*, ce qui le rend *calme* et *patient* jusqu'à l'extrême. Il doit encore attendre avec patience et calme le résultat de ses efforts. Entre les semailles et la moisson, ce sont des mois d'alternative, de craintes et d'espoirs. Quelle patience n'exige-t-elle pas cette envie, souvent déçue, d'acquérir ce lopin de terre depuis si longtemps convoité par ses aïeux ?

Et à ce jeu-là, le paysan finit par obtenir une endurance physique et morale sans égale. « Enveloppé ainsi d'incertitude, écrit G. Thibon, façonné par tant d'échecs et de nécessités imprévisibles, le paysan acquiert nécessairement une souplesse et une résistance à l'épreuve. » Il est celui qui grogne tout le temps et qui accepte tout.

C'est pourquoi il accepte de *servir*, et pour lui cet esprit de service devient une seconde nature, presque un état. Il en fait toujours un devoir sacré auquel il ne saurait se soustraire. Il a appris, souvent à ses dépens, la dure exigence de son « alliée » la terre, qui veut être servie sans faiblesse ni défaillance. Elle veut que le rythme des saisons soit respecté, que la « conduite du ménage des champs » soit menée sans retard et sans hiatus. Et cette discipline l'a si bien marqué qu'elle se confond en lui avec celle du patriote. « Servir la patrie et servir la terre, c'est pour lui toujours le même service. »

Mais le paysan sait aussi que de son service dépendent la vie des siens et la vie de ses compatriotes. *Servir la société* est un troisième motif de son travail. Et ici personne ne doit déserter. L'homme absent, la femme prend sa place et dirige, aussi pénible que cela soit, l'exploitation, s'appuyant souvent sur l'inexpérimentée vaillance des jeunes, comme sur la faible mais tenace volonté des vieux. Chacun entend servir, quand il faut, et comme il peut, mais toujours jusqu'à l'extrême limite de ses forces.

Et enfin, pour tous ceux, et ils sont encore nombreux, qui ont gardé l'apport lointain d'une civilisation chrétienne, ces trois formes de service ne viennent-elles pas se fusionner en celle qui magnifie et couronne toutes les autres, celle du service de Dieu ?

Car « l'âme paysanne est avant tout mystique », affirme le Docteur Labat. « Les primitives imprégnations religieuses de la race, comme celles de l'individu, sont ineffaçables. »

En fait, « elle est bien une réalité spirituelle, et c'est le véritable lien qui unit le paysan à la terre ».

Et « ce sont ces trois caractères d'hérédité, de traditionalisme et de mysticisme qui font, dans le subconscient de l'âme paysanne, une fonction de vie ».

Action du milieu humain.

Le genre du travail de la terre et ses conditions particulières ont commencé à modeler un type humain à comportement psycho-physiologique spécial. Mais ce type humain vit également dans une ambiance de vie qui tient de son individualité propre, de son état familial et de son état social et qui fait autour de lui tout autant de cadres qui agissent sur lui et complètent les caractères fondamentaux.

Cadre individuel : les champs.

L'immense étendue des champs demande un travail qui nécessite la solitude habituelle de l'homme : des heures entières, il reste seul à faire le geste nécessaire et initial, à garder un silence qui lui permet de prendre sans hâte certaines initiatives et le rend conscient de ses responsabilités. Déjà l'enfant rural, à l'encontre du citadin, pense peu, mais il vit. L'adulte n'a pas l'occasion ni le temps de parler à tout instant, ni de construire sur des pensées abstraites : il observe, il réfléchit à l'occasion de faits vécus, et il *agit*. « Et son action, comme dit le Docteur Labat, est entée sur la montée des sèves, sur la fructification des épis. » Le docteur Porak trouve ici « une certaine antinomie entre la pensée et l'action : l'intellectualisme entrave le pragmatisme, aussi cette action au cours des journées et des saisons ne sera pas entravée par les ruminations de la pensée ».

Seul dans l'exécution de son travail, le paysan aime sa liberté et désire ardemment rester maître chez lui. Responsable de ses mouvements et de ses actes, il s'habitue à se suffire et à tirer parti de tout.

Il *vit chez lui*, et son horizon n'est borné que par les limites de ses champs. Le cadre de son activité est réduit à la grandeur de son effort. Il ne voit donc pas au-delà de la tâche à remplir : exploiter son bien. Et cela le rend, jusqu'à un certain point de vue, individualiste, sinon égoïste.

Le fait d'être obligé de se trouver au milieu de ses terres exige du paysan qu'il ait sa maison située au centre de son exploitation. Cette dispersion de l'habitat rural, loin des nœuds et des moyens de communication, à l'écart des grands centres, le fait replier sur lui-même et ne le rend pas bien *communicatif*, c'est ce qui lui donne d'ailleurs une certaine fierté. S'il est faible, il cédera et désertera. S'il est fort, il se rétractera et émigrera un peu plus à l'intérieur de lui-même. Il ne livrera ses secrets qu'à ceux de sa race et de son intimité.

Toute cette psycho-physiologie paysanne contraste évidemment avec le développement de l'activité cérébrale et nerveuse du citadin. Mais la vie et le travail des champs lui ont donné une force physique supérieure et

une grande ténacité. La physio-pathologie comparée est une réalité. C'est ainsi que les ruraux présentent une taille plus petite que les citadins et sont cependant beaucoup plus lourds. A la campagne, l'éruption dentaire et les règles sont plus tardives qu'à la ville.

Par ailleurs, le paysan retrouve un juste équilibre dans son instinct familial. C'est dans la famille qu'il trouvera l'aide nécessaire pour mener à bien le contrat passé avec la terre. N'est-ce pas d'ailleurs pour subvenir d'abord aux besoins des siens qu'il a commencé à défricher un coin de terre ? Et l'extension de son bien sera toujours limitée à la grandeur de l'effort familial.

Cadre familial : la ferme.

L'expression « ferme » doit être prise ici, non dans le sens d'une exploitation selon un mode de location, mais dans le sens d'un ensemble terrien comprenant les terres cultivées et les bâtiments nécessaires au logement des hommes, des bêtes, du matériel et des récoltes.

C'est tout ce « bloc au travail » qui constitue, autour du chef, ce second cadre humain et forme une véritable communauté vers laquelle vont tendre les efforts cohésifs de toute une famille.

L'habitation du paysan n'a pas toujours été une demeure confortable; elle a été avant tout un *abri*. « Le paysan, avec son obscure bravoure, s'est occupé de son outillage avant de se soucier de son confort. L'urbanisme a été le moindre de ses soucis. Et cela a eu du moins l'avantage d'aguerrir les gens qui n'ont pas oublié que la lutte est la principale loi de la vie ». C'est le cadre où « viennent s'insérer les activités humaines; où tout est disposé pour étayer le montage des projets de travail et la succession de gestes de l'activité psycho-motrice du cultivateur ».

C'est bien ici que prend tout son sens la communauté familiale. « La ferme rassemble toute une famille au travail, tandis qu'en ville les circonstances disjoignent sans pitié les différents membres d'une famille. » (Dr Porak.)

La maison paysanne est l'autel agrandi où se renouvelle, à chaque génération, « l'alliance sacrée » avec la terre; c'est le point d'articulation de la famille avec elle. Tous les membres sont au service des existences végétales et animales qui réclament des soins vigilants.

« Elle n'est pas d'hier, constate le R. P. de Ganay, cette *solidarité de la famille et de la terre*, au point qu'elle semble l'ordre naturel des choses. »

Cette solidarité s'étend d'ailleurs entre tous les membres de la communauté qui coordonnent leurs efforts, abandonnant toute poursuite individuelle. Ils sont tous commandés par l'appel incessant des choses : le foin que menace l'orage; le cri d'un animal qui demande un secours nécessaire. Et cependant l'homme et la femme ont un rôle distinct, mais visent un même but : la prospérité de la ferme. Tous deux agissent parallèlement, mais leurs gestes se complètent : aidés par leurs enfants, tous entraînés par le courant de la vie universelle.

« L'harmonisation des deux sexes, des contraires par essence, est assurée d'ailleurs par le cadre de la ferme » (Porak), et c'est « l'esprit de la ferme » qui refera l'union en cas de grave conflit. Quelle différence avec ce qui se passe en ville où aucun cadre ne retient les gestes humains !

« L'homme fait la terre, a-t-on dit, la femme fait la ferme. » Là, les facultés et les vertus féminines, complémentaires de celles de l'homme, sont à ce point indispensables qu'elles deviennent pour celui-ci, à elles seules, cause de réussite ou d'échec. « La terre, disait Vialatory au cours d'une Semaine sociale, ne peut se passer de la femme : épouse, mère, maîtresse de maison, elle est l'âme de la vie paysanne. » Et nous ne saurions mieux faire que de dépeindre la vieille paysanne d'après J. Yole :

> « Tour à tour maîtresse dont on prenait les ordres et servante toujours prête pour un coup de main, accompagnant son mari dans sa promenade dominicale à travers les moissons, et trouvant là un mot juste pour la critique ou l'approbation, pourvoyant à tout, du berceau au grenier, régente discrète, avertie, du royaume de la ferme. »

Etroite union, mais aussi union féconde, exigée par ce royaume auquel il faut le nombre, mais nombre cohérent, en ordre durable. Ce qui fait la force d'une exploitation familiale, c'est que sa main-d'œuvre est plus soigneuse parce qu'elle est stimulée par un intérêt commun, à longue échéance, et qu'en attendant elle risque à rester quasi gratuite.

Il faut aussi que chaque membre de la communauté puisse normalement voir s'épanouir toutes ses facultés dans une atmosphère de confiance réciproque et de compréhension mutuelle.

Si donc la terre exige une famille nombreuse, elle la rend possible. Toujours et partout une famille nombreuse est une charge, mais dans une exploitation familiale cette charge est compensée par des possibilités d'abord et ensuite des avantages économiques certains.

D'ailleurs l'intérêt d'une famille nombreuse n'intervient-il pas au moment de l'acquisition d'une propriété ? Le paysan qui achète consulte d'abord sa bourse, mais il doit tenir compte également de sa main-d'œuvre, de l'état de ses effectifs. « Il doit s'arranger pour ne pas se mettre trop d'ouvrage sur les bras : ce qui lui permettra de jouir pleinement de son bien. » Et il en jouira d'autant plus que le sol lui appartiendra. L'exploitation familiale atteindra d'autant mieux la réussite qu'elle s'exercera sur une terre qui sera la propriété même de l'exploitant. *La possession du sol exalte le mysticisme du paysan*, car elle réalise le stimulant le plus actif, l'attente la plus résistante pour le maintenir à la terre. Il arrive que, l'attrait de l'acquisition disparu, les enfants perdent le feu sacré, et s'en vont délaissant aux voisins ou à d'autres le soin de cultiver leurs terres.

Et cependant, malgré ses tares et les charges qui pèsent sur elle (charges fiscales et régime successoral) la propriété paysanne « garde une valeur de premier ordre, une valeur de sentiment. C'est le rêve au-dessus de la charrue, et, si le rêve n'enrichit pas, il nourrit ».

Nous comprenons dès lors que les familles paysannes cherchent à agrandir leur communauté en gardant à la maison l'oncle ou la tante célibataire qu'une tare physique, une malchance sentimentale, un revers de fortune, ont fixé ou ramené à la terre des ancêtres. Une sorte de contrat moral les lie et les incite à travailler pour la ferme.

Et cette solidarité communautaire trouvera son extension jusque dans le village, troisième cadre où va s'insérer une partie de la vie du paysan, qui, malgré la solitude de sa vie professionnelle, doit se relier aux activités des autres hommes.

Nous savons comment châteaux, monastères, églises, ont été, au cours de l'histoire, les trois centres d'attraction autour desquels les familles paysannes dispersées dans les terres se sont regroupées après les invasions. Puis comment, peu à peu, les métiers artisanaux y sont venus à leur tour s'y incorporer. « De tous temps, écrit l'abbé Boulard, le monde rural a eu besoin de professions diverses dont l'ensemble s'est lentement constitué à travers les âges. Le cultivateur qui fait centre ne peut actuellement se passer d'artisans, de commerçants, de médecin, d'instituteur, de prêtres, de salariés agricoles. »

On a pu dire que l'*artisanat* rural est une condition intermédiaire entre la terre et l'usine. C'est un poste de relai, une porte de sortie, et peut-être une *soupape de sûreté*, utilisée quelquefois par une génération de paysans qui, en surplus, abandonne la culture et ne veut pas encore aller en ville.

D'ailleurs, bien souvent, l'artisan n'est qu'un paysan spécialisé, de forte mentalité paysanne, et qui a quelquefois gardé quelques arpents de terre qu'il cultive lui-même.

Ici encore le travail de la terre commande la composition de la communauté villageoise. Chacun doit y être pour le service de la terre.

« L'individu et ses poursuites personnelles ne comptent plus comme dans la cité. » (Porak.) Chacun y acquiert une personnalité qui est pour ainsi dire sous la surveillance des autres et cette impression donne au rural la crainte du respect humain et l'esprit grégaire.

L'esprit d'investigation au village est très aiguisé, ce qui fait que l'on y est prisonnier de son milieu.

Et cependant tous se sentent solidaires les uns des autres. Le sens social qui, déjà à la ferme, s'est développé avec l'emploi de la main-d'œuvre étrangère à l'exploitation, va trouver un terrain plus propice. Nous avons vu que la raison d'être de l'artisanat rural était de servir le paysan. « Au village, dit le Docteur Porak, tous ont une visée commune, la résurrection périodique de la terre; les tendances ont la même orientation; le même amour de la terre fait converger les motifs, les mobiles et les actes. »

Certes, les travaux des champs exigent une présence continuelle, et leur exécution doit se faire partout en même temps, de sorte que chaque famille, préoccupée de son propre bien, ne peut guère aider son voisin. Mais qu'un malheur survienne chez lui, qu'un danger le menace : orage, incendie ou mort, aussitôt chacun de s'empresser auprès de lui et de lui donner aide et secours. Oui, nous savons que le paysan est dur pour lui et pour les autres, qu'il est quelquefois envieux et égoïste, mais jamais il ne rechignera quand il faudra donner un coup de main à des travaux urgents, car chaque jour il pourrait répéter en son for intérieur : « Hodie mihi, cras tibi ».

« Encore et toujours, la terre commande tout. » C'est elle qui fait le paysan et aussi les autres professions du monde rural, dans l'exacte mesure où elles dépendent de la terre. Et cela paraît assurer la permanence des

traits essentiels de la paysannerie. Aussi retrouvons-nous chez le paysan un sens social plus élevé que chez le citadin, et même chez l'ouvrier d'usine. Car eux « se sont détachés du flux de vie de la nature et se trouvent ainsi isolés dans leur comportement ».

Machinisme et évolution paysanne.

Nous avons vu le paysan routinier et méfiant devant toute innovation. Mais cependant, tout en admirant avec circonspection les magiciens de la technique moderne, il suit la portée pratique des organisations nouvelles, aussi bien que l'usage des machines.

Il sait qu'en fin de compte il ne sera jamais l'esclave de la machine et que celle-ci ne pourra s'adapter à tous les travaux : certains nécessiteront encore les animaux et les bras de l'homme. Les machines-outils ne « finiront » jamais la besogne : il faudra presque toujours passer après elles, parachever leur œuvre et parfois même les remplacer quand la terre refuse leur service.

Le machinisme sera sans doute notre salut..., mais *auprès de la machine l'homme doit rester paysan*, continuer à rester le tenant d'un métier, d'un vrai métier, où l'ouvrier donne toute sa mesure.

La ferme n'est pas et ne peut pas être une usine où l'on travaille nuit et jour selon un programme établi. Le paysan ne travaille que le jour, tôt et tard, mais le soleil est la seule horloge, et souvent il change le programme de la journée.

Le jour où l'industrialisation s'établira dans nos campagnes, une certaine régression se produira, car, poussée trop avant, « elle relâche l'articulation de la famille paysanne aux événements végétatifs de la culture » (Porak). Elle offre des avantages par l'aide que la machine peut apporter, mais aussi combien d'inconvénients. Les expériences américaines ont montré le danger catastrophique des mono-cultures industrialisées.

Par ailleurs, nos machines modernes réussiront-elles à briser le cadre un peu rigide de nos exploitations familiales ? Il se peut que le nouvel esprit coopératif incite les petits propriétaires à se grouper pour l'emploi des tracteurs et gros outils, mais ils devront toujours conserver leur genre de vie communautaire et leurs qualités d'esprit.

*
* *

En définitive, nous pouvons admettre qu'il existe un *type paysan* avec ses deux caractères essentiels :

— d'une part, son articulation solide et atavique avec le sol cultivé qui en fait l'homme de la terre;

— d'autre part, l'interdépendance organique qui le lie aux siens et aux autres paysans et en fait un être social.

On comprend alors que ce type psycho-physiologique paysan demande des médecins compréhensifs de ses besoins et une médecine adaptée à ses besoins.

Et cela nous oblige à préciser, dès maintenant, quel doit être le comportement du médecin rural vis-à-vis de son malade.

Le problème de la médecine rurale proprement dite fera l'objet d'un chapitre suivant.

*
* *

Le médecin de campagne doit avoir tout d'abord un grand sentiment de compréhension et de sympathie.

Armé de son gros bon sens, le paysan a vite fait d'apprécier celui dont il va dépendre. Pour lui, son médecin est un tout : l'homme de science, oui, mais aussi l'homme de cœur, de dévouement et de bons conseils. N'ont-ils pas tous deux un labeur identique ? le même travail acharné dans les champs ou sur le vaste terrain de la maladie ?

Son coup d'œil et ses sens aiguisés lui feront apprécier la sûreté du jugement de son médecin dont il aimera la façon de prendre ses décisions et ses responsabilités.

Mais, méfiant de nature et peu communicatif, il ne se livrera pas d'un seul coup et il ne se confiera qu'à ceux qui sauront le « mettre en confiance ». Aussi, le médecin, avant de faire étalage de sa science et de faire un diagnostic, devra-t-il rassurer son client, lui ôter toute frayeur. En l'écoutant patiemment, en lui faisant comprendre qu'il entre dans ses vues, le médecin donne au malade l'impression qu'il agit lui-même sur son interlocuteur par ses convictions : et ce consentement est déjà pour lui un bienfait.

Mis en confiance, le paysan, être sensible, sera d'autant plus enclin à se livrer davantage qu'il sentira en son médecin un homme plein de sympathie. « *On ne peut aimer la médecine*, disait Hippocrate, *sans aimer les hommes.* » Vaines et impuissantes seraient ici la science et l'intelligence si elles ne s'accompagnaient d'une grande bonté.

Et c'est ainsi que la présence d'un médecin inspirant de tels sentiments sera déjà favorable au malade en lui donnant l'espoir de guérison. Cela permettra au médecin de jouer auprès de lui son rôle de conseiller, de remonter à propos de menus faits à des idées générales et de lutter contre son individualisme.

Dès lors le médecin pourra poursuivre son examen et observer les réactions du patient. « Il y a chez le médecin, dit le Docteur Labat, un don inné, auquel la plus grande application ne peut suppléer, et c'est le flair clinique qui inspire le diagnostic. » Le flair clinique passe par-dessus les méthodes rigoureuses comme fait le savant qui vérifiera son hypothèse venue d'une sorte d'intuition. Il lui faut connaître la maladie à travers le malade, car c'est lui qui la détermine et qui la crée. « La maladie est un acte le plus personnel et le plus intime qui soit. »

Mieux que d'autres, le médecin est préparé à découvrir le rythme de cette existence paysanne si complexe en certains points. Sa profession l'entraîne « à examiner, avec une attention concentrée et l'ardente sensibilité de son cœur, les inflexions de vie du paysan et à rectifier les achoppements et les défaillances survenant dans un présent vécu » (Dr Porak).

Il ne doit pas oublier que le paysan ne vit pas dans un milieu artificiel comme le citadin, mais présente l'insertion de sa personnalité dans la grande œuvre de la nature.

Il doit s'insérer lui-même dans l'ambiance rurale, mener une vie dure, courant sur les routes et les chemins par tous les temps, en alerte perpétuelle : vie toute faite de dévouement sans réserve et souvent sans compensation. Il lui faudra donc une santé robuste et la fermeté de caractère. « Il soigne les âmes autant que les corps, écrit H. Bordeaux, et son mérite est de s'occuper non seulement de la maladie, mais du malade. »

Enfin, suivant les conseils du Docteur Labat, le médecin doit « juger aussi le milieu familial, professionnel, social, dans lequel le malade est plongé; l'ambiance avec ses mille détails qui conditionne la vie quand on est bien portant garde de l'influence quand on cesse de l'être ».

CHAPITRE II

DES CAS PATHOLOGIQUES PROPRES A LA CAMPAGNE

« Aucun mode d'activité humaine, pas même la médecine, n'a autant d'importance pour la santé que l'agriculture. Tant qu'agriculteurs et médecins s'ignoreront, l'état sanitaire sera médiocre ou mauvais et il le deviendra de plus en plus. C'est pourquoi j'ai souvent répété à l'Académie de Médecine que le Ministère de l'Agriculture devrait être rattaché à celui de la Santé.

» La fréquence et la gravité de nombreuses maladies sont augmentées par une agriculture mal dirigée et, par suite, ces maladies sont, dans une certaine mesure, des maladies de la civilisation. »

Dr Pierre Delbet.

En médecine, ce qui compte, c'est moins de guérir que de conserver la santé, en prévoyant toutes les causes qui peuvent l'affecter et en prenant toutes les mesures prophylactiques nécessaires. Un des buts essentiels de l'activité du médecin à la campagne sera la prévention qui portera sur tous les facteurs pathologiques propres au milieu rural. Mais avant d'étudier les questions soulevées par l'organisation de la médecine curative et de la médecine préventive dans les milieux ruraux, nous examinerons les principaux risques ou quelques maladies auxquels sont exposés les agriculteurs en rapport avec leur profession.

L'étude de cette pathologie agricole peut se faire en envisageant les multiples spécialisations agricoles ou les lésions qui peuvent être observées à propos des différents appareils de l'homme. Nous ne l'envisagerons ici que sous l'angle des influences que peuvent avoir sur la santé du paysan le genre de son travail et le milieu naturel dans lequel il vit.

C'est ainsi que nous signalerons, d'ailleurs assez rapidement, tous les cas pathologiques occasionnés par le travail de la terre, par le soleil, par le sol, par les plantes, par les animaux, et enfin les maladies communes aux animaux et aux hommes.

Pathologie du travail.

Le *rythme des travaux* agricoles n'est pas toujours régulier, et il arrive que le paysan pressé, surmené, ne prend qu'un repos insuffisant et des repas pris à la hâte. Il s'en ressent souvent physiquement.

Le *maniement des outils* entraîne bien souvent des callosités au niveau des mains et peut provoquer des arthrites chroniques déformantes comme la coxa-vara, le genu valgum, le genu varum. Dans le travail des botteleurs, il n'est pas rare que les mouvements rapides de l'avant-bras déterminent une inflammation des bourses et des gaines synoviales, décrite sous le nom de « synovie tendineuse crépitante ».

L'*attitude souvent penchée* qu'exigent certains travaux entraîne fréquemment des altérations de la colonne vertébrale : la cyphose n'est pas rare chez nos vieux paysans.

L'*emploi de tous les produits chimiques* contre tous les parasites des vignes, des pommes de terre..., et contre certains animaux nuisibles, provoque chez ceux qui les répandent des intoxications souvent graves. Citons principalement :

— l'*intoxication arsenicale* par l'arséniate d'aluminium, de chaux, de plomb et l'acide arsénieux;

— les *accidents* causés par le *sulfure de carbone*, la *nicotine;*

— les *dangers* de l'usage du *phosphure de zinc* et du *thallium* en vue de la dératisation.

Le soufrage des vignes, par les poussières irritantes du soufre, détermine parfois des ophtalmies qu'il faut savoir prévenir.

Enfin, la présence de l'acide carbonique au moment de la fermentation du vin doit inciter les ouvriers qui descendent dans les cuves à prendre toutes précautions utiles pour éviter de graves accidents.

Les travaux d'été, moissons et fenaison, obligent les paysans à rester sous un soleil ardent, dont l'action directe sur la peau provoque le coup de soleil avec son érythème et son exfoliation de l'épiderme; et parfois l'insolation grave par l'élévation continue de la chaleur intérieure du corps. Le coup de chaleur, aux semblables conséquences, provient de l'action de la chaleur par radiation ou de la température de l'atmosphère ambiante. Le port de chapeaux légers et larges est à conseiller, ainsi que des instants de repos sous un abri.

Maladies dues à la structure du sol (1).

La *valeur nutritive des aliments* que les hommes et les animaux absorbent pour se nourrir provient en grande partie des *sels minéraux contenus dans le sol*. Une culture intensive finit par appauvrir celui-ci, de sorte que l'on est obligé d'y remédier par la pratique des engrais. Mais si ceux-ci apportent certains sels minéraux utiles à la santé, la présence en excès d'autres sels peut être tout à fait nuisible. « Les principaux vices de l'alimentation actuelle, écrit le Docteur P. Delbet, sont l'*insuffisance des engrais en magnésium et sodium et leur excès en potassium.* » Et, pour y remédier, il préconise une méthode dite « cytophylactique ». « Au moyen des engrais, elle agit à la fois sur les plantes, sur les animaux et sur l'homme. Elle restaure

(1) Nous tenons une partie de la documentation de ce chapitre des travaux et des écrits du Docteur Delbet et en particulier de son ouvrage *l'Agriculture et la santé.*

la santé physique et morale. Elle augmente la résistance aux maladies et à l'adversité tout en réduisant les aléas de l'agriculture. »

Les multiples effets du chlorure de magnésium se feraient principalement ressentir sur les épithéliums auxquels il conférerait une certaine résistance contre le cancer et même la diphtérie, selon le Docteur Neveu. C'est la même raison pour laquelle les animaux nourris sur un sol riche en magnésium éviteraient la fièvre aphteuse.

Vis-à-vis du calcium, le magnésium aurait une double action : fixateur quand il serait en présence du phosphate, il serait au contraire éliminateur du carbonate et dissocierait ainsi les plaques athéromateuses.

Signalons enfin son action sur le système nerveux : il apporterait euphorie, énergie, résistance à la fatigue.

Quant à la présence en excès du potassium, il aurait été démontré que le lait des animaux nourris avec des betteraves ou du moins les collets des betteraves sucrières était la cause des troubles entéritiques chez les veaux ou chez les enfants, lorsque les engrais employés contenaient du potassium. Or, il est facile d'y remédier en substituant au potassium le sodium qui a le même pouvoir glycogénique.

La *carence d'iode* dans le sol a toujours attiré l'attention des médecins sur la production du goitre endémique. Mais depuis la circulation de denrées alimentaires variées dans toutes les régions, le goitre a nettement rétrocédé.

La meilleure prophylaxie contre tous ces cas pathologiques serait de fournir aux paysans de bons engrais. Du mauvais emploi des engrais qui avaient fait un mauvais blé, P. Delbet disait avec juste raison : « C'est le sol de France qui a fait les blés et les vignes. C'est le pain et le vin de France qui ont fait les Français, et les Français en étaient arrivés à produire un blé dont la farine n'était pas panifiable. »

Maladies dues aux végétaux.

Parmi les végétaux susceptibles de provoquer chez l'homme des troubles graves, nous mentionnerons en premier lieu les champignons. Certes, l'expérience a appris aux paysans la façon de reconnaître les bons ou les mauvais champignons, mais celle-ci peut être prise en défaut ou l'ignorance de leur entourage peut leur faire absorber des espèces dangereuses. L'attention du médecin doit donc être attirée, surtout en la saison propice, sur tous les cas suspects d'indigestion.

Le plus dangereux est l'amanite phalloïde caractérisé par sa valve, son anneau haut situé et son chapeau verdâtre à lames blanches; les troubles gastro-intestinaux qu'il provoque sont tardifs. L'amanite muscaire et l'amanite panthère sont susceptibles de déterminer des accidents par l'atropine qu'ils contiennent.

Certains clitocybes et inocybés, grâce à leur muscarine, entraînent des sueurs profuses, des troubles visuels et de la tachycardie.

Enfin, l'entolome livide, dangereux par sa ressemblance avec le champignon de couche, provoque des troubles gastro-intestinaux d'apparition rapide.

La manipulation du foin, de la paille, des céréales, des herbes, peut être

la cause d'affections mycosiques dont la plus importante est l'*actinomycose*. Due à un champignon microscopique, l'actinomycès, elle s'observe chez les laboureurs, les moissonneurs, les jardiniers. Sa contamination résulte de l'innoculation dans la peau d'un fragment de végétal, d'épi, d'un brin de paille.

Cette maladie frappe également les animaux, qui peuvent la transmettre à l'homme.

Maladies dues aux animaux.

Enfin, les animaux à leur tour peuvent être à l'origine de graves maladies, soit qu'ils ne soient que simples agents de retransmission, soit que, malades, ils retransmettent à l'homme une maladie susceptible de se développer chez lui.

Nous signalerons en passant les méfaits et les désagréments causés par quelques acariens, comme la tique du chien ou des bois (l'ixode), l'argas reflexus, qui fréquente les poulaillers et pigeonniers, l'aoustat ou acare des regains, qui est la larve d'une petite araignée rouge, si abondante dans l'herbe au moment des regains, et dont la piqûre provoque un point rougeâtre (rouget), suivi souvent d'une forte réaction urticarienne généralisée.

Dans nos pays de pins, nous connaissons bien cette *réaction urticarienne* avec œdème qui transforme la peau des résiniers ou des bûcherons en une véritable « croûte de chêne », et qui n'est due qu'à la « poussière excrémentielle » (Fabre) des chenilles processionnaires si nombreuses dans nos forêts.

Fabre nous dit que le venin des araignées de notre pays est sans gravité. Cependant, en Corse, il existerait la malmignatte, dont la morsure serait mortelle. Aux environs d'Avignon, les moissonneurs parlent avec effroi d'une araignée dite le « Théridion lugubre ».

Les piqûres d'abeilles, de guêpes ou de frelons sont, en général, plus désagréables que dangereuses. Et cependant, qui ne se souvient d'avoir vu, même chez des apiculteurs qui semblaient être immunisés contre de tels accidents, une forte éruption urticarienne se développer rapidement, avec vomissements, dyspnée suffocante, collapsus cardiaque et quelquefois mort.

Enfin, évoquons ici les morsures de serpents, dont la seule espèce dangereuse dans nos régions est la vipère. Il n'est pas d'année, au moment des fortes chaleurs, que nous n'ayons à soigner un résinier mordu par une vipère. Aussi, dans notre contrée, le résinier est porteur d'une petite trousse : « Trousse Michel Legros », contenant des ampoules d'une solution d'hypochlorite de chaux.

Signalons, en passant, les maladies parasitaires dues à l'ingestion d'une viande de porc infestée et mal cuite.

Le porc est souvent l'hôte d'un nématode, la trichine, qui se loge dans les muscles. La digestion de ces derniers libère dans l'intestin de l'homme ces larves qui passent en vingt-quatre heures à l'état d'adulte et se reproduisent très rapidement. A leur tour, ces embryons traversent l'intestin et vont s'enkyster dans les muscles, provoquant ainsi la trichinose.

La présence d'un cysticerque dans le tissu cellulaire et les muscles du porc détermine chez cet animal la ladrerie, dont l'origine provient de l'ingestion d'œufs du tænia solium. En mangeant de cette viande insuffi-

samment cuite, l'homme peut contracter cette maladie. S'il vient d'ailleurs à ingérer l'embryon, il sera bientôt porteur du tænia lui-même, ce ver solitaire si connu des mères de famille.

L'on comprend que la meilleure des prophylaxies en la circonstance est la cuisson prolongée de ces viandes.

Le chien, cet ami fidèle du berger, ce gardien vigilant de la ferme, est également l'hôte d'un tænia, le tænia échinocoque, qui vit dans l'intestin et dont l'expulsion contamine l'eau de boisson ou les légumes. Son embryon, ingéré par l'homme, traverse les parois intestinales et va se greffer en un point de l'organisme pour former un *kyste hydatique* : le plus souvent, la propagation se fait par la veine porte, c'est ce qui explique la fréquence toute spéciale des kystes hydatiques du foie.

Maladies communes aux hommes et aux animaux.

Il nous reste à parler des maladies communes aux hommes et aux animaux avec lesquels le paysan est fréquemment en contact au cours de son travail : charbon, rage, tétanos, morve, fièvre aphteuse, fièvre ondulante, tuberculose.

Le *charbon humain* est presque toujours consécutif au charbon spontané des animaux, et les animaux les plus sensibles à la bactéridie charbonneuse sont le mouton, le bœuf, le cheval. Aussi, cette maladie sévit surtout dans les régions à grand élevage, comme la Beauce, la Brie, la Bourgogne, la Champagne, l'Auvergne et le Languedoc.

La maladie charbonneuse est due à une bactérie ou à ses spores dont l'inoculation au niveau d'une plaie provoque tout d'abord une petite pustule noirâtre, d'où son nom, suivie bientôt d'un œdème et des signes d'infection.

La pénétration de l'agent survient chez les manipulateurs de viande fraîche contaminée, bergers, équarisseurs, vétérinaires. Cependant, les produits provenant d'animaux tués depuis longtemps peuvent encore être dangereux en raison de la grande résistance des spores : aussi voit-on le charbon atteindre les tanneurs, les mégissiers, les cordonniers, les selliers.

***

La *rage* est toujours propagée à l'homme par les animaux. C'est le chien surtout qui est l'agent de contagion; moins souvent il faut incriminer le chat. Cette maladie, qui sévit à certaines époques, se transmet par l'inoculation de la bave des animaux rabiques à l'occasion d'une morsure ou d'un simple léchage de plaies.

Les chances d'inoculation sont d'autant plus grandes que la région atteinte est riche en filets nerveux. C'est par cette voie, en effet, que se propage le virus de la rage : le microbe nous en étant tout à fait inconnu.

***

Le *tétanos* est contracté, à l'occasion d'une plaie aussi minime soit-elle, par le bacille tétanique ou bacille de Nicolaïer ou par ses spores. Celles-ci, très résistantes, persistent très longtemps dans la terre, les poussières, sur les herbes. Ingérées avec les fourrages, ces spores trouvent dans l'intestin des chevaux et des vaches, en particulier, un milieu exempt d'oxygène,

propice à leur culture. D'où la richesse en germes de la terre fumée, du fumier..., et la fréquence du tétanos chez les animaux opérés et chez les ouvriers agricoles.

Malgré tout, le tétanos reste rare, même à la campagne. C'est que, pour que l'inoculation soit efficace, il faut le concours de plusieurs facteurs : les tissus mortifiés, l'association microbienne, sont autant de causes qui favorisent la pullulation des bacilles tétaniques et la formation de la toxine.

Le tétanos est, en général, une maladie très grave : seul le tétanos chronique à évolution lente arrive à guérir.

La meilleure prophylaxie est, actuellement, la vaccination antitétanique combinée avec la vaccination antidiphtérique, elle se fait couramment depuis qu'elle a été rendue obligatoire.

*
* *

La *morve* est une maladie infectieuse, contagieuse et inoculable, qui atteint surtout les chevaux et qui peut être transmissible à l'homme. Due à un bacille spécial et à sa toxine, la malléïne, la morve prend deux aspects principaux : la forme viscérale, surtout nasale, qui lui a valu son nom, la morve, et le farcin « qui gonfle, dit Littré, et farcit pour ainsi dire les membres qu'il affecte ». C'est des chevaux malades, par le pus du jetage des abcès ou des ulcérations que l'homme prend la maladie, c'est donc chez les palefreniers, les cochers, les cultivateurs, les vétérinaires..., que l'on trouve des cas de morve à la suite d'une piqûre, d'une morsure, ou même par pénétration du pus dans les voies respiratoires... La transmission est possible d'homme à homme.

La prophylaxie consiste en l'abattage obligatoire des chevaux atteints et le dépistage par l'injection de malléine, qui a presque fait disparaître la morve humaine.

*
* *

La *fièvre aphteuse* ou cocotte, qui atteint l'homme, est surtout d'origine bovine. Mais cette affection frappe aussi les moutons, les chèvres, les porcs. Elle se manifeste chez eux par une fièvre intense, une éruption phlycténoïde autour des narines, dans la bouche, aux pieds, aux mamelles.

Le microbe en est inconnu; le virus contenu dans le liquide des vésicules est donc facilement transmissible, soit par le lait souillé par les aphtes des mamelles, soit par le liquide vésiculaire déposé par les lèvres ou les pieds des animaux atteints. La meilleure prévention sera donc de faire bouillir le lait, de prendre toute mesure de désinfection locale, d'isoler les troupeaux contaminés et d'empêcher la transhumance.

Bien que le pronostic en soit, en général, bénin chez l'homme, on peut cependant quelquefois rencontrer des complications assez graves : troubles gastro-intestinaux, albuminurie, convulsions.

Ici, la prophylaxie consistera en soins de propreté à prendre au moment de la traite des vaches : lavage des pis, des récipients et stérilisation du lait.

*
* *

Le *problème de la tuberculose* à la campagne pose celui de la tuberculose humaine d'origine bovine.

Les animaux de l'espèce bovine sont, en effet, après l'homme, l'espèce animale la plus fréquemment tuberculeuse.

Les plèvres, le péricarde, les ganglions, sont généralement atteints, tandis que les poumons ne sont pris que secondairement et présentent des lésions qui ont une grande tendance à la calcification.

La tuberculose de la mamelle entraîne naturellement la présence fréquente des bacilles tuberculeux dans le lait. Ceux-ci peuvent d'ailleurs traverser la mamelle saine. Et, malheureusement, ce sont les vaches laitières qui sont les plus contaminées, car elles sont affaiblies par la gestation et la lactation presque continue.

Chez le porc, la tuberculose est à marche rapide, c'est une véritable bacillémie; aussi l'absorption de sa viande crue est un véritable danger pour l'homme.

La tuberculose aviaire qui frappe surtout les gallinacées est également dangereuse, les bacilles pouvant passer dans le jaune de l'œuf.

La maladie se transmet d'animal à animal exclusivement par la contagion : jetage, excrément, urine, lait, sont autant de vecteurs de bacilles dont la cohabitation intime et prolongée favorise l'action.

La tuberculose humaine est-elle plus ou moins fréquente à la campagne qu'à la ville ? D'après l'enquête faite en 1928 par M. Moine, il résulte que la mortalité est beaucoup plus grande en ville qu'à la campagne; cependant, entre 20 et 39 ans, c'est l'inverse qui se produit.

Et cependant la morbidité clinique semble augmenter dans le milieu rural, ainsi qu'on le remarque dans les services de tuberculeux dans les hôpitaux. Pourquoi ? Si l'on a pu évoquer le surmenage physique, la fréquence des « traumatismes respiratoires », l'alimentation, le logement, la principale raison vient de ce que les causes de contact avec le monde étranger au milieu rural sont plus fréquentes. Le jeune rural qui, désertant la campagne, va se contaminer en ville, et qui revient « au pays » pour se soigner chez lui, sera une source de contamination d'autant plus grande que tous, aïeux, père, mère, enfants de tout âge, vivent à la même table et couchent dans la même chambre et souvent plusieurs dans le même lit.

La dissémination dans nos campagnes des touristes, des « *cures libres* », des colonies de vacances, a entraîné une recrudescence marquée des cas de tuberculose dans le milieu rural.

De plus, comme l'a fait observer Paul Durand, « la résistance allergique, héréditaire ou acquise par de multiples contacts avec le bacille, intervient moins souvent chez l'habitant des campagnes que chez celui des villes ».

Il n'est pas dans notre intention de faire une étude complète de la tuberculose à la campagne. Cela dépasserait le cadre de cette thèse, et d'ailleurs le sujet a particulièrement été approfondi dans la thèse de Paul Calsac (Paris, 1946), dont nous aurons l'occasion ultérieure de citer des extraits.

Disons un dernier mot simplement.

Le bacille de la tuberculose bovine est le même que celui de la tuberculose humaine. Bien que son pouvoir infectant soit moins grand, il est capable cependant de produire de nombreuses infections tuberculeuses.

A la campagne, la contamination par le lait est d'autant plus grande que le paysan a tendance à consommer le lait cru. Les viandes tuberculeuses

sont peu dangereuses, cependant il est très prudent de les écarter de la consommation.

*
* *

La *fièvre ondulante* ou *fièvre de Malte* ou *brucellose*, est une maladie qui sévit chez les chèvres, les vaches et les porcs, et se transmet à l'homme par contagion directe ou par le lait.

Le microbe qu'on appelle *Brucella* existe sous trois formes : *B. melitensis*, *B. abortus bovis* et *B. abortus suis*. Et ces trois formes peuvent se retrouver chez tous les autres animaux.

Chez l'homme, cette maladie est caractérisée par une température présentant un tracé à allure ondulante, d'où le nom donné à cette maladie. Sa durée en fait la gravité sociale par le manque à gagner prolongé et les frais qu'elle entraîne. La transmission d'homme à homme est très rare.

C'est, par ailleurs, un véritable fléau rural, car elle provoque dans le cheptel des avortements épizootiques constituant pour l'élevage des pertes considérables. « Une épidémie de fièvre ondulante peut être un désastre social et économique pour les régions où elle sévit. » (Thibaut.) (90 % d'avortements dans certains troupeaux.)

La chèvre, qui fut longtemps considérée comme la source unique de fièvre ondulante par l'intermédiaire de son lait, est un agent propagateur dangereux, car chez elle l'affection revêt une allure cliniquement inapparente dans la plus grande partie de son évolution. Après avoir constaté une légère claudication et une diminution de la sécrétion lactée, l'éleveur est surpris de voir une chèvre avorter : cet avortement prend alors dans les troupeaux l'allure épizootique. Puis l'animal reprend sa vie normale, et cependant il est toujours infecté.

La brebis fut reconnue à son tour capable de contracter la brucellose et de la transmettre à l'homme. L'infection qu'elle présente a une allure clinique analogue à celle de la chèvre, mais la période de contagion diminue assez rapidement.

Les avortements épizootiques chez les vaches attirèrent l'attention des vétérinaires, qui reconnurent en 1927 que les bovidés peuvent être parasités par *B. melitensis*, aussi bien que par *B. abortus bovis*. Il n'est pas rare de voir les vachers et vétérinaires atteints de fièvre ondulante après avoir donné leurs soins à des vaches malades.

Quant à la fièvre ondulante du porc, observée surtout en Amérique, elle est exceptionnelle en France.

Le lait cru et les fromages frais paraissent responsables des cas de fièvre ondulante observée chez l'homme, surtout chez le citadin. A la campagne, où les cas sont plus nombreux, ce sont les contacts, la voie cutanée, qui jouent le rôle le plus important dans la dissémination de la maladie. Aussi, éleveurs, pasteurs, vétérinaires, sont ceux qui se contaminent le plus souvent : surtout au moment où ils pratiquent la délivrance, quand ils introduisent dans le vagin leur main et leur avant-bras.

Toute fièvre ondulante chez l'homme doit être obligatoirement déclarée par le médecin. Dans les cas survenus dans les troupeaux, les propriétaires ne font bien souvent aucune déclaration. Aussi les épizooties sont-elles fréquentes en France.

La première prophylaxie consiste à faire bouillir le lait et à pasteuriser celui destiné à la fabrication des fromages. Quant à la vaccination tant humaine qu'animale, elle n'a pas encore eu de résultats bien probants.

Seules, les mesures d'hygiène à prendre dans l'élevage des animaux et les précautions individuelles auxquelles devraient se soumettre les éleveurs pourront enrayer l'extension de la fièvre ondulante.

Enfin, il faudrait mettre en application le décret du 3 juin 1929 concernant la vente, la transhumance, les transactions commerciales et la mise en surveillance des troupeaux infectés.

Dans notre pays des Landes girondines où règnent les amateurs de la chasse à la palombe, nous ne saurions oublier la maladie des « *gaveurs de pigeons* » : nous voulons parler de l' « aspergillose pulmonaire ». Les chasseurs qui ont l'habitude de gaver tous les jours leurs « appeaux » s'infectent au contact des graines et du chancre buccal des pigeons malades. Ce parasite, constitué par un mycélium et des spores de reproduction, provoque des *altérations pulmonaires* généralement greffées sur d'anciennes lésions, mais entraîne très souvent des *hémorragies* dont il faut demander l'origine au laboratoire.

*
* *

La connaissance des maladies transmissibles des animaux aux hommes permettra au médecin de campagne de protéger le paysan du risque de ces maladies, qui, d'un certain point de vue, peuvent être considérées comme des maladies professionnelles. L'ouvrier agricole qui, au contact d'un animal atteint de brucellose, se trouve contaminé et présente ensuite une fièvre ondulante, n'est-il pas victime de sa profession ?

La prophylaxie ne doit pas être considérée au seul point de vue de l'homme, mais doit s'étendre aux maladies contagieuses des animaux eux-mêmes. Affaire de vétérinaire, dira-t-on. Non, les notions de prophylaxie et d'hygiène à la ferme intéressent le médecin qui doit éclairer ses clients et les mettre en garde, eux et leurs animaux, contre toute maladie épidémique ou non.

En bref, le médecin rural devra, non seulement sentir en lui cette « vocation rurale » sans laquelle rien de bon ne se fait à la campagne, mais acquérir la connaissance de toutes les données médicales, thérapeutiques ou prophylactiques afférentes au milieu paysan.

C'est pour cela que nous pouvons parler de « médecine rurale ».

CHAPITRE III

DIFFICULTES ET DEFICIENCES ACTUELLES DE LA MEDECINE RURALE

« A la campagne, l'exercice de la médecine prend un cachet particulier. L'isolement des malades perdus dans des chaumières lointaines, le caractère du médecin qui passe de longues années à parcourir les mêmes mauvaises routes, ont inspiré les romanciers. Depuis Balzac, la figure du médecin de campagne est devenue presque légendaire. C'est un personnage un peu étrange... Peu s'en faut que, dans l'imagination populaire, on ne se le représente encore avec sa carriole, son gibus et ses favoris, cahotant de jour et de nuit, trachéotomisant par-ci, faisant un accouchement difficile par-là, et dépensant sans compter un savoir pratique inépuisable... »

Dr R.-F. Bridgman.

Nous venons de conclure à la nécessité d'une médecine rurale, d'un médecin à vocation paysanne et à compétences paysannes. Cette étude nous amène à considérer maintenant l'exercice même de la médecine en milieu rural qui comporte des déficiences inévitables et qui rencontre de nombreuses difficultés.

Ces déficiences et ces difficultés proviennent du milieu lui-même, puis de l'organisation présente de la médecine, enfin de l'enseignement universitaire.

I. — *DIFFICULTES ET DEFICIENCES RENCONTREES DANS L'EXERCICE DE LA MEDECINE RURALE PROVENANT DU MILIEU LUI-MEME*

1° L'éparpillement de l'habitation et des habitants.

Ce qui entraîne une superficie de clientèle de rayon moyen de 10 à 15 kilomètres, d'où perte de temps et fatigue, d'autant plus sensibles que nos moyens de locomotion sont présentement déficients.

Il est opportun de noter qu'à côté de cet éparpillement naturel, la motorisation a contribué aussi à l'élargissement du champ d'action de chaque médecin.

Jadis, les clientèles médicales étaient réparties en fonction des distances Un médecin ne dépassait pas avec son cheval un rayon de 6 kilomètres — il ne faisait pas plus de 40 kilomètres par jour. Les frontières entre les clientèles étaient, de ce fait, nettement tracées.

Depuis quelque vingt ans, du fait de l'auto, ces clientèles se sont considérablement développées et se sont, par conséquence, intriquées les unes dans les autres.

2° L'incompréhension de la population rurale vis-à-vis du médecin et de la médecine.

On *en use mal* et *on en abuse*, avec cette incompréhension innée qu'on a de ceux qui ne travaillent pas de leurs muscles.

De nombreux médecins, répondant à notre enquête, n'ont fait que confirmer nos observations personnelles et celles que M. l'abbé Boulard, aumônier de la J. A. C., avait recueillies dans son remarquable ouvrage destiné aux jeunes ruraux : *Paysannerie et humanisme*. La plainte des médecins est générale, dénonçant le manque de collaboration intelligente entre leurs clients ruraux et eux-mêmes. Il semble qu'il y ait là une véritable éducation à faire auprès de la paysannerie.

Et cette déficience se manifeste sur plusieurs plans :

a) *L'inconstance de plus en plus marquée du client vis-à-vis de son médecin*, qui entraîne la disparition de la si féconde et si sage tradition du médecin de famille.

On ne sait plus voir dans le médecin l'ami, le conseiller, le confident. On le considère comme une sorte de commerçant ou d'artisan, qui vend une ordonnance ou un certificat, ou fait une intervention quelconque. On le met parfois en concurrence avec le voisin que l'on croit « moins cher » !

Hélas ! certains médecins se sont prêtés quelquefois à ce jeu, ils en sont les responsables quand ils font une espèce de guerre d'honoraires pour accroître leur popularité et leur clientèle.

Il est même permis de nous demander en toute conscience si cette baisse générale de la confiance dans le médecin n'a pas sa cause dans l'attitude équivoque et le peu de tenue et de conscience de certains de nos confrères !

Nous pensons toutefois que, dans la plupart des cas, cette « infidélité » s'explique par la méconnaissance du paysan vis-à-vis du rôle du médecin. Celui-ci est considéré comme le « soigneur » et « guérisseur » des maladies. La population rurale comprend difficilement qu'en réalité le rôle du médecin est de « cultiver la santé », ce qui demande d'ailleurs qu'il suive pas à pas sont client, surtout dans les grandes étapes de sa vie d'homme (première enfance, âge scolaire, puberté, mariage, maternité, cinquantaine).

Comme M. l'abbé Boulard le fait judicieusement remarquer à propos de cette notion du « médecin de famille » : « C'est, dans un autre domaine, la différence qu'il y a pour la vie spirituelle à se confesser au premier prêtre venu, selon les occasions, à se faire guider par un même directeur de conscience. »

b) *La tentation médicale du paysan vis-à-vis du rebouteux, du « guérisseur », du « sorcier »*. — Le problème de la valeur et du bien-fondé de cette « médecine » populaire en dehors des données classiques ne rentre pas dans le cadre de notre étude. Nous disons simplement, d'une part, que ce sujet mériterait une étude sincère et particulière permettant de faire la part du charlatanisme et celle de la vérité, et, d'autre part, que nous ne mettons pas en doute certains « dons » et leur efficacité. Nous pensons qu'en raison de l'importance du fait même, il nous faut en donner quelques explications.

Quelles sont donc les raisons de la préférence des paysans pour les guérisseurs et les sorciers ?

Après enquête dans notre propre village, il nous semble possible de conclure à trois sortes de raisons :

α. *L'attrait du mystère et de l'inexplicable.* C'est d'ailleurs un point particulier de la psychologie et du caractère paysan. Tout ce qui est mystère attire le paysan. N'est-il pas lui-même quotidiennement en contact avec les mystères de la création et de la vie ?

Or, l'explication de la guérison de tel ou tel, par les « dons », les « fluides », les « magnétismes »..., reste enveloppée d'un voile plus ou moins mystérieux — qui n'est pas sans séduire l'âme paysanne.

Ajoutons d'ailleurs que cet attrait du mystérieux est souvent exploité auprès des masses avec des moyens pseudo-scientifiques, telle la radiesthésie, par exemple. Il est même des médecins qui, ne reculant devant aucune méthode pour créer ou agrandir une clientèle, présentent les traitements électriques ou homéopathiques, par exemple, sous une auréole de panacée universelle et de moyens plus ou moins mystérieux.

Ces réflexions ne veulent pas attaquer les méthodes radiesthésistes et homéopathiques en tant que telles — mais simplement la façon dont on les exploite.

β. *La foi aveugle en fonction de la conception du « mal donné »*. Nous envisageons ici un problème essentiellement d'ordre nerveux. Plusieurs guérisseurs nous ont confié d'ailleurs que la majorité de leurs clients — ou plus exactement de leurs clientes — portait sur des névropathes.

C'est une bien vieille conception que celle de ce « mal donné » par la vengeance ou la méchanceté, de ces « sorts » jetés par des esprits forts sur tel ou tel individu. On la trouve encore dans nos campagnes.

C'est, en quelque sorte, l'ancienne notion de la maladie considérée comme « entitée » se posant sur une personne déterminée et que n'envisage pas notre conception moderne de l'organe spécifiquement malade. On comprend alors que la guérison de ces personnes ne soit qu'un problème de foi, de confiance, d'auto-suggestion. Disons même que ce problème se situe au-delà de la confiance.

γ. *La réputation immense des guérisseurs en général*, qui se transmet de pères en fils dans nos familles paysannes. Et la réputation de tel ou tel en particulier en raison de certains résultats spectaculaires.

D'ailleurs, autant une guérison est considérée comme normale à l'actif d'un médecin, autant une « réussite » à l'actif d'un sorcier ou d'un guérisseur est exploitée et amplifiée dans le village ou la région.

Encore une fois, nous ne nions pas l'existence de certains faits qui ont frappé l'imagination populaire, l'existence de certains résultats particulièrement saisissants.

Il y a là un facteur essentiel dans l'explication de l'attrait ou de la préférence des paysans pour ces thaumaturges.

A certains qui posent la question : « Comme jadis, les médecins ne devraient-ils pas être des thaumaturges ? », nous pensons qu'il serait déjà excellent que nos thaumaturges modernes soient eux-mêmes des docteurs en médecine. Mais alors, réussiraient-ils encore ?

c) *La tentation médicale du paysan vis-à-vis du spécialiste.* — Si celui-ci est précieux, il peut avoir une courte vue sur la médecine générale, et, par déformation professionnelle, finir par ne plus tenir assez compte de l'ensemble. Nous devons faire comprendre à nos amis paysans que, seul, le médecin de famille est « le professionnel de l'ensemble », et seul doit les orienter vers le spécialiste. La plainte est générale là aussi : on va consulter un deuxième médecin en cachette du premier, on court chez le spécialiste le plus rapproché sans avis du médecin traitant. Il faut que la clientèle rurale sache là encore qu'aucun médecin ne refusera une consultation avec un confrère si elle est sollicitée loyalement.

d) *L'appel du médecin « à temps et à contre-temps ».* — Souvent on appelle trop tard, la maladie étant trop avancée.

Et, comme l'écrivait un de nos confrères :

> « Deux choses seulement alarment le paysan : la douleur excessive et la température à 40° depuis plus de quatre ou cinq jours.
> » En gros, les enfants sont soignés. Pour eux on appelle le médecin. Les vieux : « ils ont fait leur temps »; on appelle pour l'opinion publique ou parce qu'ils ont quelque argent et qu'il faut encore leur faire plaisir tant qu'ils ne l'ont pas donné... »

D'autre part, la clientèle paysanne ne se met pas à la portée de son médecin pour lui faciliter son travail. Au lieu de commander leur visite assez tôt dans l'évolution de la maladie, on attend qu'il y ait urgence. Au lieu de prévenir dès le début de la matinée ou de l'après-midi, on attend que le médecin soit déjà parti en tournée ou qu'il soit rentré sur le coup de 19 heures.

Cette indiscipline du client est une difficulté dans l'ordonnance rationnelle du programme journalier du praticien. Il est ainsi difficile d'organiser dès le départ un itinéraire.

Combien fatigant, énervant et coûteux est, pour le médecin, un triple déplacement le même jour dans un village à 8 ou 10 kilomètres de sa résidence!

De même, pourquoi appeler en pleine nuit pour une fièvre de 38° chez un enfant grognon ? Pourquoi appeler un dimanche pour un rhumatisme chronique qui date de plusieurs années ?

Il y a là toute une éducation paysanne à faire.

e) *L'indiscipline du paysan vis-à-vis de la thérapeutique.* — Citons des témoignages :

« Si le traitement est long, on s'en lasse. Si on est guéri en quelques jours, on a désormais toute confiance en son médecin. On voudrait qu'une maladie chronique guérisse aussi vite qu'une maladie aiguë. »

« On écoute souvent la voisine bien plus que le médecin et, d'ailleurs, le traitement n'est exécuté par le malade que s'il répond à l'idée qu'il se fait de sa maladie... »

« Un médecin qui fait une visite sans ordonner des médicaments savants n'a pas bonne presse. »

« Il faut que le traitement n'oblige pas à s'arrêter... Et surtout on ne peut pas être malade en période de gros travaux (fenaison, moisson); c'est au médecin à en tenir compte. »

D'autre part, nous pensons qu'une difficulté à l'exercice de notre art vient très souvent de cette pseudo-connaissance qu'ont certaines personnes par la lecture d'un *Larousse médical.*

Rien de plus énervant qu'une discussion avec une ignorante qui se dit éclairée. Certains auteurs remarquent à ce propos que bien des lecteurs de ces livres y attrapaient des maladies par persuasion. Ils préconisent l'interdiction de leur vente publique.

3° L'incompréhension de la population rurale vis-à-vis de l'hygiène et de l'habitat.

Nous aurons l'occasion de revenir sur ce problème. Disons simplement qu'il reste entier dans certaines régions malgré les efforts entrepris. Et cette déficience de l'hygiène en soi, sur soi, autour de soi, est une difficulté que le médecin rural rencontre chaque jour dans l'exercice de sa profession. Désagrément pour lui. Possibilité et entretien de maladies.

Voici quelques faits se rapportant au médecin lui-même :

« Les gens viennent à la consultation sans avoir changé de linge ou s'être lavés », nous dit un médecin limousin.

« Que de fois le médecin demandant une cuvette pour se laver les mains doit se contenter d'un saladier, d'un seau ou d'une cuvette si minuscule que l'immersion des deux mains la vide de la plus grande partie de son contenu », nous précise un médecin girondin.

Que de fois avons-nous souffert nous-même de ne trouver qu'une table crasseuse pour déposer nos seringues, nos bistouris, pinces, crins et autres instruments lors d'une intervention ou d'un accouchement !

Que de fois avons-nous penché notre tête sur des draps et des linges sales, sentant fort la crasse ou le purin, et nous sommes-nous félicité d'avoir un stéthoscope, qui évitait un contact direct pénible.

Que de fois avons-nous été gêné par le peu de clarté de la minuscule fenêtre qui nous empêchait d'avoir une vue nette de telle plaie ou de telle coloration cutanée !

Et ce manque d'hygiène de l'individu et de son milieu de vie se traduit souvent par une aggravation de la maladie ou par l'apparition d'une

maladie. Quel milieu de culture idéal pour le germe pathogène que le corps sale ou l'habitat-taudis !

Car ce problème de l'habitat demeure, même de nos jours, le grand problème, ou plus exactement celui qui *conditionne tous les autres problèmes de l'hygiène rurale*. Nous entendons par habitat rural à la fois les bâtiments destinés aux hommes et ceux destinés aux animaux et aux outils.

En ce domaine, de nombreux documents, d'émouvants témoignages pourraient être donnés ici. Depuis plusieurs années, nous avons parcouru de nombreux villages de diverses régions de France et nous avons vu bien des déficiences en la matière. Divers articles et reportages sur ce problème de l'habitat nous ont permis de recevoir des témoignages saisissants. Voici quelques faits saillants, d'actualité, parmi des centaines :

— Dans le Bocage vendéen. Une maison isolée, un homme, une femme. Une seule pièce jadis carrelée. Aujourd'hui la plupart des carreaux manquent, et, au centre, un espèce de trou avec une eau boueuse où deux canards pataugent... Le plus fort est que les habitants sont propriétaires, ils ont bien vendu leur dernière récolte (au marché noir) et que l'argent disponible a été immédiatement utilisé pour acheter trois hectares de terre aux environs.

— Toujours du Bocage vendéen. Deux pièces où vivent trois familles d'ouvriers agricoles. Deux jeunes ménages couchent dans la même pièce. Un médecin nous signale la forte mortalité des jeunes enfants l'hiver en raison des défectueux moyens de fermeture. Pas de cadre boisé aux portes et aux fenêtres, celles-ci se ferment directement entre les murs. Le vent passe très facilement.

— Des Deux-Sèvres. Une métairie, trois pièces, deux familles, dix-sept enfants. Une des jeunes filles nous écrit : « ... Et un des points noirs c'est l'eau. Il faut aller la chercher à 250 mètres. Il faut dix minutes chaque fois, et c'est un dur travail féminin pour porter vingt-cinq litres d'eau. On emploie une heure par jour, trois cent soixante-cinq heures par an. C'est énorme à qui sait comprendre. »

— De la région du Morbihan, ce témoignage d'une assistante sociale : « L'immense majorité des maisons morbihanaises ne comporte qu'une pièce unique où se fait le travail de la laiterie. Le sol y est presque toujours en terre battue. Une fenêtre unique, le plus souvent, apporte un jour misérable. Et je connais des maisons ouvrières sans fenêtre, abritant pourtant quatre ou six enfants. Dans un article paru dans *l'Hygiène sociale* en 1941, on signalait que la construction rurale de la région nivernaise remontait aux Templiers. En Morbihan, on retrouve de véritables huttes d'un type infiniment plus ancien. La misère extrême du logis rural se retrouve dans toute l'exploitation. Des villages entiers n'ont pas une seule maison convenable et comprennent des habitations communes avec l'étable, n'ayant pas une seule ferme. Ces habitants sont sans chemins d'exploitation, sans service d'eau, sans fosse à purin. En raison des conditions du logis rural, la *diphtérie y est endémique* et les pratiques coûteuses d'un service de désinfection sont inutiles avec le local unique pourvu de la grande cheminée. »

— En Charente-Maritime, nous connaissons ce cas : un père de famille de 35 ans, sa femme et ses cinq enfants. Une propriété de vingt-trois hectares. Logement : une petite pièce et une plus grande. Trois lucarnes y dispensent avarement air et lumière. Poutres et plafonds sont noirs de fumée et des générations de mouches ont fait le crépis. Un sol inégal de terre battue et de placards de ciment fait trébucher quand la nuit approche. Pas d'électricité : chaque soir, c'est la course aux chandelles et d'interminables va-et-vient avec les lampes tempête au milieu des étables, dont le sol, imprégné d'urine, glisse sous les pieds. A 17 mètres de profondeur est l'eau. Pas de fosse à fumier, et la rigole à purin devient torrent les jours de pluies.

— Du Cher, du Loiret, des Hautes-Pyrénées, on nous rapporte de très nombreux cas où l'ouvrier agricole couche dans l'écurie. Nous-même avons vu des lits fixés ainsi entre le sol et le plafond.

— De Dordogne, un métayer nous parle de sa demeure : « Une seule pièce pour cinq personnes, sans fenêtre, sauf un carré de vitres de 40 cm² au-dessus de l'évier, une porte que l'on ouvre pour éclairer la pièce. Le sol est en pente (10 à 25 cm. de dénivellation). Tables, lits, bancs..., tout est calé tant bien que mal pour être horizontal). Sans doute ce manque de fenêtre est-il la survivance de la réaction paysanne de l'époque où existait l'impôt des portes et fenêtres — à moins que nos ancêtres aient pensé qu'il ferait plus chaud ainsi.

— Des Landes, ce cas d'une famille de gros propriétaires qui, ayant un habitat convenable, le laisse dans une saleté repoussante : quatre pièces, six personnes, dont deux jeunes filles. Tout le monde travaille dans les champs, sauf la grand-mère de 78 ans. Lorsqu'on pénètre dans cette maison à n'importe quelle heure du jour, tout est en désordre. La table est encombrée de nourriture et de mouches. Pas une chaise qui soit libre. Des souliers et des sabots boueux dans tous les coins. De la poussière partout. Mais un beau poste de T. S. F. — cela seul faisant partie du confort, aux dires de la famille.

Nous pourrions citer encore de nombreux faits semblables venant de toutes les régions, mais en particulier du Centre de la France, de l'Ouest et des Pyrénées.

Ce grand nombre de fermes à chambre unique, sans fenêtre, sans électricité, avec sol de terre battue, sans entretien, pose de graves problèmes concernant l'hygiène et la prophylaxie.

Combien nous comprenons la plainte de cette mère de famille de la Haute-Vienne qui nous écrit :

« Il ressort de la déficience de l'habitat qu'il est difficile à une fermière de faire la toilette soigneuse de ses enfants et principalement de ceux qui fréquentent l'école. Ils partent avant le jour, ils rentrent à la nuit tombée : on les lave le jeudi. A-t-on pensé aussi aux difficultés d'une femme ou d'une jeune fille pour effectuer leur toilette personnelle dans une maison ne comportant le plus souvent que deux pièces ouvertes à tout venant... parents, enfants, domestiques ? »

Et cette affirmation d'un médecin de cette même région : « Beaucoup

de hameaux et de villages ne sont construits que de taudis. Le manque d'hygiène y est presque général. Les étables elles-mêmes sont foyers de contamination. A ce sujet, on a insisté récemment sur les dangers que la tuberculose bovine présente pour les enfants et les ouvriers agricoles, et c'est vrai. »

Et tout ce problème du logement est dépendant des autres problèmes de l'hygiène à la ferme. C'est ce que nous écrit une assistante sociale rurale du Rhône : « Tout se tient. En raison du froid en hiver, les ouvertures de la maison sont réduites. Les pièces sont mal chauffées. A l'exception de la pièce commune avec son fourneau ou sa cheminée. Si quelqu'un tombe malade, il est exposé en hiver à demeurer dans une chambre qui ne peut être chauffée, ou bien il sera installé dans la pièce commune au milieu de tout le monde. Il en est de même des tout jeunes enfants : en hiver, ils vivent au milieu de tous dans la cuisine. C'est aussi dans cette pièce que souvent se font les accouchements. »

Incontestablement, il y a là un grave danger pour nos campagnes éloignées des grands centres et surtout dans nos régions pauvres. Et que l'on ne pense pas que ce sont là des cas isolés. Bien que l'on ne doive pas étendre ces critiques à la plupart de nos maisons paysannes, il n'en reste pas moins vrai que, dans l'ensemble, il y a déficience par rapport à d'autres pays étrangers.

Un regard sur la carte des « petits logements ruraux » révèle l'ampleur du fait.

Si, au nord et au nord-est de la Seine, les logis de trois pièces dominent; si, au midi, en Gascogne, nos gens sont plus au large, du Centre, du Finistère, du Cantal, de la Saône-et-Loire, aux Charentes, se dresse le bloc compact de 28 départements où plus de 60 % des ménages doivent se loger dans une ou deux pièces. L'entassement familial est maximum dans le Massif armoricain où plus de 65 % des familles n'ont à leur disposition qu'une unique pièce ! De toutes récentes statistiques montrent qu'en Ille-et-Vilaine, par exemple, sur cent fermes, soixante-cinq n'ont qu'une pièce habitable; trente, deux pièces; cinq seulement, trois pièces ou plus.

Or, loin de coïncider avec les pays de familles restreintes et de faible natalité, les petits logis abondent, au contraire, dans les contrées de natalité forte. La situation en est singulièrement aggravée.

Cette déficience que nous venons de constater dans l'application des règles de l'hygiène existe aussi dans la bonne conduite de l'exploitation agricole. Si, dans les régions riches, des améliorations ont été faites, elles ont porté sur l'outillage et les moyens de production. Il faudra bien que les propriétaires comprennent que, s'ils veulent sauver leur bien, il faudra qu'ils transforment la structure même de leur exploitation familiale.

Nous n'avons pas à approfondir ici les raisons de ces déficiences, car de multiples facteurs économiques, démographiques, sociaux et politiques seraient à considérer.

Disons simplement notre préoccupation d'hygiéniste et de médecin : le taudis rural et le manque d'hygiène à la campagne sont les causes d'une trop grande mortalité infantile et d'une propagation excessive de toutes les maladies contagieuses qui prennent alors l'allure d'une véritable endémie.

Le docteur P. Calsac, dans une thèse récente, a montré que la tuberculose se répandait de plus en plus à la campagne à cause du taudis.

Dès lors, nous pensons qu'en ce domaine trois remèdes sont à apporter pour solutionner ce problème médico-social rural :

— *Une politique de l'habitat*, par une action conjuguée du gouvernement, des administrations, des syndicats, du crédit, de la mutualité et des associations familiales;

— *Une plus grande compréhension patronale* quant à sa responsabilité sociale;

— *Une éducation sanitaire sociale et morale* de la paysannerie par la multiplication des journées d'études rurales, telles que la Jeunesse agricole catholique a tenues depuis quelques années dans nos campagnes.

*
* *

II. — *DIFFICULTES ET DEFICIENCES RENCONTREES DANS L'EXERCICE DE LA MEDECINE PROVENANT DE SON ORGANISATION ELLE-MEME*

1° Eloignement ou absence d'un équipement sanitaire, de moyens de diagnostic et de traitement, de centres hospitaliers.

D'après les enquêtes que nous avons menées auprès de nombreux médecins ruraux, à l'exception de quelques praticiens établis dans les environs immédiats de gros centres ruraux, munis de centres hospitaliers ou de cliniques privées, tous sont unanimes à déplorer l'absence ou l'éloignement de tout équipement sanitaire.

Il est évident que des centres comme Libourne, Langon, La Réole, etc., avec leur armement chirurgical et leurs dispensaires, doivent donner toute satisfaction à quelques rares communes limitrophes. Voici d'ailleurs l'opinion du docteur Gourin, de la petite commune de Morizès, située à égale distance de La Réole et de Langon, en Gironde :

> « En ce qui concerne notre région, je ne constate pas de grosses déficiences dans son équipement sanitaire. Nos deux villes de Langon et de La Réole suffisent à tous nos besoins. A La Réole, nous disposons d'un double centre chirurgical : clinique privée et hôpital. A ce dernier est adjointe une maternité avec ses pouponnières. Par ailleurs, des spécialistes de Bordeaux et de Marmande assurent des consultations à jours fixes, de sorte que nous disposons, au point de vue soins, d'un centre suffisant pour nous « dépanner » en toute circonstance.
>
> » Il existe également, au point de vue médico-social, un dispensaire antivénérien avec consultation de nourrissons et un dispensaire antituberculeux (Fédération girondine) ouvrant tous deux à jours fixes.
>
> » Le service en est assuré par les assistantes d'hygiène sociale qui prêtent d'ailleurs leurs concours précieux aux médecins vaccinateurs et aux médecins inspecteurs des écoles. »

C'est là un des cas exceptionnels et trop rares dont puissent bénéficier la plupart de nos communes rurales. En général, ces centres provinciaux rencontrent de très grosses difficultés d'organisation et d'installation.

> « Ce que l'on peut reprocher à certains de ces centres chirurgicaux, ajoute le docteur Gourin, c'est que le chirurgien ne dispose pas toujours d'aides qualifiés, et doit se contenter souvent du concours inexpérimenté du médecin traitant. D'autre part, on voit trop fréquemment confier l'anesthésie à une personne pas toujours diplômée; quand ce n'est pas, comme je l'ai vu, au chauffeur du chirurgien promu anesthésiste pour la circonstance. »

Mais, ce qui nous intéresse principalement, c'est le cri d'alarme jeté par la grande majorité des médecins essentiellement ruraux, c'est-à-dire éloignés de tout centre d'au moins 15 à 20 kilomètres, et qui souffrent de l'insuffisance des moyens de diagnostic et de traitement que les progrès de la chirurgie et de la médecine mettent au service des médecins de ville.

D'ailleurs, il est curieux de voir, grâce à la radio et aux journaux, la rapidité avec laquelle les notions de médecine moderne se répandent dans le milieu rural. Il est fréquent de trouver des exploitants comme des artisans demander eux-mêmes un examen biologique ou radiologique.

Comme l'a souvent écrit le docteur R.-F. Bridgmann : « Dépourvu le plus souvent de moyens de diagnostic modernes, le médecin de campagne a su affiner son jugement suffisamment pour se tirer honorablement d'affaire dans la plupart des cas. Mais il n'en reste pas moins qu'il pratique une médecine empirique. »

Par ailleurs, le docteur Valingot, d'Achères (Seine-et-Oise), nous dit :

> « Autrefois l'habileté manuelle jointe à une acuité particulière de sens exercés suffisait à l'établissement total d'un diagnostic qui restait, en cas de contestation, tranché en définitive par l'autorité d'un maître en attendant la sanction de la nature. Actuellement, le laboratoire, la radio, les examens spéciaux, nécessitent une autorité indiscutable au secours de la perception et du raisonnement cliniques. »

Quels sont donc les moyens de diagnostic qui font le plus défaut ?

— appareil de radio-diagnostic;

— laboratoire;

— dispensaires.

L'appareil de radio-diagnostic se trouve rarement chez le médecin de campagne. On peut d'ailleurs se demander jusqu'à quel point une telle acquisition est rentable pour un omnipraticien rural. Le docteur Gallup, de Couhé-Vérac (Vienne), a, dans le *Concours médical*, posé d'intéressants jalons sur l'organisation médico-sociale des campagnes : « Quelques médecins de campagne possèdent l'appareillage de radioscopie et même de diathermie, mais ils sont forcés, pour amortir l'achat de ces instruments coûteux, de demander des honoraires relativement élevés. Par conséquent, tous leurs malades, en particulier ceux d'A. M. G., ne peuvent y prétendre

à moins de charité. » Un médecin normand précise à ce sujet : « Il n'est pas logique que chaque médecin possède un appareil de radiologie qui ne fonctionne en moyenne qu'une demi-heure par jour, car son amortissement ne peut pas être effectué dans cinq ans. » Cela laisse entendre une solution de coopération que nous envisagerons ultérieurement.

A côté de cela, ajoutons la difficulté et la complication de conduire le malade chez le radiologue de la ville : triple problème de temps, de transport et de frais. Ainsi, les actes médicaux ne sont pas toujours entourés des garanties nécessaires. Les fractures et les luxations, par exemple, sont souvent réduites sans radiographie préalable. Le contrôle sous écran n'est pas fait, et, sur ce point, le docteur Bridgmann rappelle que, d'après une statistique anglaise, 37 % des fractures réduites par des praticiens laissent des séquelles et entraînent des invalidités permanentes, alors que, dans les centres spécialisés, 1 % seulement est suivi des mêmes accidents.

Ce retard de l'équipement radiologique dans nos campagnes est d'autant plus marqué qu'en certains domaines les professeurs de Faculté enseignent que la radioscopie et la radiographie ne suffisent même plus aux diagnostics pulmonaires, par exemple, pour lesquels le recours aux tomographies est préconisé.

Le laboratoire. Nous savons par expérience personnelle comme par les renseignements de nos enquêtes que les examens de laboratoire sont possibles et que l'on envoie couramment les produits biologiques aux laboratoires de la ville. Mais il n'en reste pas moins, d'une part, que l'on perd un temps précieux en attendant le résultat, et, d'autre part, que, dans ces conditions, un certain nombre d'entre eux sont impraticables.

Une hémoculture a peu de chance de donner un résultat interprétable. Une numération globulaire est irréalisable. Il y a là une grave déficience : comment suivre une anémie pernicieuse, un ulcus gastrique, une lymphogranulomatose maligne, une néphrose, une hépatite, sans des examens de laboratoire répétés et délicats ? Des biopsies, des examens de fond d'œil et autres examens quotidiens dans la pratique hospitalière demeurent impraticables pour un médecin rural.

Si la difficulté est grande pour établir le diagnostic, elle l'est également pour prescrire une thérapeutique. D'abord, en raison du manque d'équipement — c'est ce que nous avons signalé en parlant des fractures. Ensuite, en raison de l'éloignement de la clientèle.

Prenons des exemples précis :

Il est incontestablement difficile à un médecin de campagne faisant quinze à vingt visites par jour de faire trois piqûres intraveineuses dans vingt-quatre heures ou une pénicillinothérapie sur un malade habitant à 10 kilomètres, d'autant que ce produit ne se trouve que dans les grands centres.

Le dispensaire. Le nombre de dispensaires — outils essentiels de la prophylaxie de la tuberculose — est peu élevé en milieu rural.

Et, d'une façon générale, ils comprennent presque tous un secteur beaucoup trop étendu pour que les « visiteuses » puissent assurer la prospection à domicile et pour que les malades eux-mêmes puissent s'y rendre commo-

dément. Voici un témoignage du docteur Angirany, médecin chef du Sanatorium d'Hauteville :

> « Que de tuberculeux condamnés à parcourir de longues et coûteuses distances afin de faire entretenir un pneumothorax auquel ils préfèrent bientôt renoncer ! A plus forte raison, comment faire comprendre la nécessité de déplacements périodiques à des individus simplement « suspects » ou dont l'état ne comporte pas de traitement particulier ? »

Et ce même médecin continue en dénonçant la mauvaise organisation de ces dispensaires :

> « Sous le nom de dispensaires, on désigne d'ailleurs trop souvent des installations de fortune, pourvues d'un outillage précoce, privées d'un appareillage radiologique. Le service est assuré fréquemment, parfois à tour de rôle, par des médecins locaux, praticiens excellents, mais sans orientation phtisiologique. Enfin, le dépistage systématique est encore inconnu dans la plupart des milieux ruraux. » (*Concours médical*, 28 déc. 1946.)

Autre témoignage d'un médecin de Haute-Normandie :

> « Quelques dispensaires sont installés dans des gros bourgs. Ce sont des médecins de la Préfecture qui se chargent des consultations. Malheureusement l'installation est déplorable. On y a rassemblé des appareils de radioscopie les plus archaïques, et une radiographie y est impraticable. De plus, il arrive que les consultations ne sont pas faites à date fixe et les pneumothorax thérapeutiques sont, de ce fait, laissés à l'abandon. »

Dans nos régions du Sud-Ouest et du Centre de la France, le médecin qui cherche la collaboration d'un dispensaire n'en trouve le plus souvent qu'aux chefs-lieux d'arrondissement, et un travail efficace avec lui est alors absolument impossible. D'autant plus — comme le fait judicieusement remarquer le docteur Galup, de la Vienne — « qu'il ne communique pas ses radios et entre exceptionnellement en relations avec les praticiens ».

Nous pourrions, d'ailleurs, faire les mêmes remarques pour les réalisations hospitalières (cliniques, hôpitaux, hospices, maternités) en milieu rural.

Combien est judicieux ce rappel historique du docteur Pierre Richard aux écrits duquel nous aurons l'occasion de nous reporter ultérieurement : « On parle d'obscurantisme et de misère sanitaire au Moyen Age... Sait-on qu'au XIIIe siècle le territoire correspondant à l'actuel département de l'Aube, par exemple, comptait exactement soixante-dix hôpitaux et hospices ? » (*Terroir*, n° 15.)

Evidemment, en 1947, nous sommes loin de ce compte !

2° La pénurie ou la pléthore des médecins selon les régions.

Celles-ci dépendent assurément de la pauvreté ou de la richesse des régions.

Nous savons que certaines régions rurales françaises sont excessivement

riches. La vie y est facile. C'est le cas des régions situées le long de la vallée de la Garonne, par exemple.

D'autres, au contraire, ont un terrain austère et pauvre : telles les régions du Centre, du Limousin ou certaines parties de montagnes.

Il est alors facile de comprendre que ces régions pauvres sont mal assorties au point de vue matériel et humain. Elles n'ont d'ailleurs pas de gros centres ruraux. Par conséquent, la répartition des médecins à la campagne est très différente selon ces régions.

Pénurie désastreuse dans certains cantons pauvres et éloignés : régions des Basses-Alpes, de la Corrèze, de l'Ardèche (un médecin pour 5.000 habitants).

Pléthore inquiétante dans certains pays particulièrement généreux (Gironde).

Dans le premier cas, de vieux médecins s'épuisent à une tâche ingrate et ne peuvent s'occuper de questions sociales.

Dans le deuxième cas, une concurrence souvent déloyale s'établit entre confrères — annihilant au départ toute initiative d'organisation rationnelle des services médico-sociaux. Nous retrouvons d'ailleurs cette remarque formulée par un jeune médecin du Lot : « La concurrence, la défiance et l'envie entre confrères « travaillant » sur les mêmes zones, stérilisent très souvent les efforts sincères de certains médecins dans le domaine social. Ils abandonnent volontairement tout ce qui n'est pas strictement professionnel par crainte de s'entendre dire : « Celui-ci s'y entend pour faire sa propagande. »

Ajoutons tout de même que l'explication se trouve à un tel état de chose, car, si l'Ardèche ne possède qu'un médecin pour 4.000 habitants, il est bien probable que c'est parce qu'elle ne peut en faire vivre davantage, tant à cause de la dispersion des populations que de leur indigence. Il est probable que ce pourcentage soit nécessaire pour qu'un médecin vive dans ces régions. Comme d'ailleurs — sous un autre aspect — un médecin en montagne peut difficilement desservir 800 habitants, et ne pouvoir vivre aisément tout en circulant toute la journée. Le problème est plus complexe qu'il ne paraît au premier abord. Nous aurons l'occasion d'y revenir ultérieurement.

Notons aussi les cas nombreux, de véritables « fiefs » médicaux, parfois héréditaires — qui sont souvent également des fiefs politiques. Leurs titulaires s'y défendent âprement bien que succombant à la tâche. Mais l'expérience prouve qu'en régime de médecine individualiste, là où il y a trop de travail médical pour un seul médecin, il n'y en a pas assez pour deux.

On sent ici combien la mauvaise répartition des médecins est liée à la conception et aux exigences de la médecine individualiste.

Cette inéquitable répartition est vraiment un obstacle à une organisation rationnelle d'une médecine au service des paysans et de la communauté paysanne. Nous en reparlerons dans le chapitre suivant.

Soulignons encore combien se fait pressant l'appel de la ville pour nos camarades des Facultés. Il y a pénurie de médecins ruraux et surtout de médecins à vocation rurale.

On parle souvent de l'exode rural, il nous semble qu'on ne voit par là que l'exode de la main-d'œuvre agricole, du prolétariat agricole ou du

fils du petit propriétaire. En réalité, l'exode rural est plus complexe. L'histoire de nos villages nous montre qu'en réalité le premier exode a été celui de la bourgeoisie terrienne. Sans remonter à l'époque du « grand siècle », où les seigneurs se pressaient autour des puissants du jour, soulignons l'exode du siècle dernier vers nos cités industrielles naissantes. Quelle trahison de la part des « notables » ! Quel exode de capitaux ! Quel exode d'hommes cultivés !

N'assistons-nous pas de nos jours à une semblable démission de la part des jeunes hommes issus de la terre et qui souhaitent bien ne pas y revenir ? C'est dans ce cadre que nous situons le problème, de cette pénurie de médecins à vocation rurale.

D'ailleurs, d'une façon générale, la majorité des étudiants refusent de s'orienter vers la campagne et préfèrent les villes pourvues cependant largement en médecins. Dans sa thèse, le docteur Richard s'est penché sur les raisons de cet état de choses. Nous partageons ses réflexions :

> « La campagne, milieu déshérité du point de vue scientifique, intellectuel, artistique...
>
> » Le goût de la spécialisation à outrance, et, avouons-le, pour beaucoup, la sensation d'impuissance à devenir l'omnipraticien qu'il convient d'être en milieu rural...
>
> » Le désir de ne pas se séparer de ses enfants quand viendra l'âge des études secondaires...
>
> » L'ambition des titres, l'appât du gain... »

et le docteur Richard poursuit :

> « Si nous envisageons maintenant les vocations rurales, que constatons-nous ? Une bonne partie des jeunes médecins qui s'installent en campagne le font avec la ferme intention de ne pas y rester longtemps et de regagner la ville après avoir fait leurs premiers essais sur les paysans. Ceux-là considèrent la campagne comme un tremplin — sans plus. »

A la lecture de ces lignes sévères, nous ne pouvons ne pas faire un parallélisme avec le problème identique qui se pose pour le corps enseignant. Combien d'instituteurs de nos écoles primaires qui prennent le poste rural pour attendre le poste urbain! Et ainsi combien d'instituteurs ignorants de l'âme paysanne et des besoins paysans font une action antipaysanne dans le cœur et l'esprit de nos petits ruraux !

Suivons encore la pensée du docteur Richard : « D'autres ne viennent « s'enterrer » qu'après avoir subi en ville une série d'échecs aux concours, ou auprès de leur clientèle. Pour ceux-là, la campagne n'est qu'un pis aller, un refuge. »

Pénurie ou pléthore médicale en secteur rural. Quoi qu'il en soit, un problème demeure, qui est une grosse déficience de la médecine rurale.

Il manque d'éducateurs paysans : instituteurs, prêtres, médecins...

Trop de médecins n'ont pas la vocation rurale et l'esprit de service qui est à l'opposé même de l'esprit de paternalisme.

Nous touchons là le problème des déficiences dans la formation du médecin de campagne, dans l'enseignement médical lui-même. Nous en porterons les remèdes aux chapitres suivants concernant la réorganisation de la médecine rurale et de l'enseignement universitaire.

3° La déficience de l'enseignement universitaire et hospitalier du futur médecin de campagne.

Certaines lacunes se révèlent dans notre enseignement officiel. Parmi les étudiants de sixième année, un certain nombre les voient, les autres ne s'en rendent compte que plus tard, à leur détriment et à celui de leurs patients.

Ces lacunes sont de deux ordres :

— d'abord, une insuffisance de pratique concernant les actes de petite chirurgie et d'accouchement;

— ensuite, l'absence de formation psychologique et sociale concernant le malade de clientèle et le milieu rural.

Il est dangereux qu'un étudiant, à la fin de ses études médicales, au moment de passer sa thèse ou de s'installer, n'ait pas une pratique éclairée de la petite chirurgie. Or, de nombreux étudiants stagiaires qui, pour différentes raisons, n'ont pas fait leurs concours d'externat ou d'internat, n'ont jamais touché un masque d'anesthésie, n'ont jamais fait une piqûre intraveineuse ou une ponction lombaire, n'ont jamais incisé un abcès, n'ont jamais immobilisé un membre fracturé, n'ont jamais suturé une plaie.

Un étudiant peut avoir passé brillamment ses examens annuels, ses cliniques et sa thèse, sans avoir jamais ausculté un malade, fait un pansement.

On va nous dire que c'est là un problème de liberté et de conscience pour chacun. Nous le pensons bien. Nous savons, pour l'avoir fait nous-même, qu'il est toujours possible de s'améliorer et de faire de la pratique à l'hôpital. Mais il n'en reste pas moins vrai qu'une lacune énorme existe dans le savoir de nombreux étudiants.

Et, si nous considérons l'art obstétrical, la déficience est encore plus marquée. Nous pouvons affirmer que 85 % des étudiants, en fin de scolarité, n'ont jamais fait un forceps, une dilatation manuelle, une version. Et d'ailleurs un bon nombre n'ont jamais fait une expulsion ou une délivrance.

Or, c'est quotidiennement que le médecin de campagne doit intervenir par un acte de petite chirurgie, et c'est très souvent qu'il est appelé, soit par une cliente, soit par une sage-femme, pour un accouchement dystosique et même eutocique.

Nous pensons que la lacune est grave d'autant qu'un médecin rural doit être un excellent accoucheur.

D'autre part, le nouveau praticien est bien souvent désarmé devant le malade de clientèle qui n'est plus le malade d'hôpital. Combien de jeunes médecins voient, pour la première fois en clientèle, certains cas à leur période primaire, alors qu'à l'hôpital ils ne les avaient vus qu'en période de pleine évolution, en période d'état.

Et, sous un autre aspect, le comportement psychologique du malade et du médecin n'est pas le même dans un centre hospitalier et dans une ferme de nos campagnes. Il se pose là un problème d'adaptation et de formation psychologique et sociale de la part du médecin rural.

Or, la plupart des nouveaux médecins, même s'ils sont originaires du milieu rural, manquent complètement de cette formation paysanne.

Leur ignorance de l'âme paysanne, des besoins paysans et des divers problèmes sociaux du village, leur rendent l'installation et la climatisation difficiles et pénibles.

Ces perspectives ont été soulignées par quelques auteurs et font leur chemin dans les milieux universitaires. Nous les trouvons sous la plume du docteur Vincent dans son admirable livre *le Jardinier des hommes :*

> « La nécessité se fait donc jour, écrit-il, de porter remède à la fois à l'aspect trop théorique des livres et des leçons magistrales et à l'insuffisante expérience apportée par la pure réalité clinique... » C'est une grande erreur que de former de jeunes médecins dans les hôpitaux pendant six ou huit ans et de les lancer ensuite dans la pratique de ville ou de campagne, c'est-à-dire de les placer dans des conditions de travail très différentes. On les astreint à une médecine où prédominent les petites maladies et la prépathologie, sans autre préparation à leur nouvelle tâche qu'un jeu de formules hâtivement copiées dans quelques consultaires et des remplacements faits au petit bonheur. Car l'encombrement hospitalier des services de clinique nuit grandement à la bonne qualité de l'enseignement. »

Et le docteur Vincent, après avoir proposé quelques remèdes à cet état de choses (nous en reparlerons ultérieurement), conclut :

> « On ne pourrait plus se dire médecin pour avoir passé quelques matinées chaque semaine à errer le nez au vent, en qualité de stagiaire, dans les couloirs d'un hôpital. A chaque étudiant doué de la volonté d'apprendre, il faut donner les moyens, ce qui n'est pas en l'état actuel. »

Ces réflexions s'appliquent d'ailleurs aux futurs médecins de ville, mais certainement avec plus d'acuité encore aux futurs médecins de campagne isolés de toute aide.

4° L'absence de service social rural.

Nous ne pouvons clôturer cette étude des déficiences de l'organisation médicale sans dire la plainte de nombreux médecins à l'égard de l'absence du service social dans certaines régions. Plusieurs médecins nous ont demandé d'insister à cet égard : ils réclament une assistante sociale rurale pour les aider et parfaire leur travail.

Nous avons nous-même constaté combien la présence d'une assistante dévouée, compétente, délicate, ayant l'intelligence de son rôle, qui n'est pas de remplacer le médecin, est précieuse pour un médecin, pour un malade et pour sa famille.

Signalons ici, sans y insister, le rôle de l'assistante dans la prévention et la prophylaxie. Nous aurons l'occasion d'y revenir en parlant de l'application des lois médico-sociales à la campagne.

Tels semblent être les faits principaux du tableau de la déficience de l'organisation de la médecine en milieu rural.

CHAPITRE IV

CONCEPTION D'UNE ORGANISATION NOUVELLE DE LA MEDECINE RURALE

« Dans une société qu'il est permis de rêver pour l'avenir et qui ne serait pas la société actuelle plus ou moins amendée, mais une société tout autre, fondée sur des principes différents et vraiment humains, est-ce que nous ne pourrions pas imaginer comme une corporation médicale ayant son autonomie de personne morale et jouissant de la personnalité civile, contrôlée sans doute par l'Etat, mais qui serait tout autre chose qu'un organe d'Etat ? »

J. MARITAIN (*Réflexions sur la personne humaine et la philosophie de la culture*).

La médecine ne pouvait échapper — et il n'eût pas été souhaitable qu'elle échappât — à cette nécessaire et totale remise en question, qui est la marque de toute grande époque révolutionnaire.

L'importance de sa mission dans un monde en gestation ne pouvait manquer de susciter des réformateurs chez ceux qui la professent.

En face des déficiences d'une médecine individualiste, on essaye de porter des remèdes d'un esprit opposé. Et, sur le plan de l'organisation pratique, d'audacieux projets sont aussi proposés. Il n'est un secret pour personne qu'un plan d'équipement sanitaire du pays s'élabore en liaison marginale avec le Plan Monnet. Dans ce plan d'équipement parallèle d'une réorganisation de la médecine, une place est prévue pour la médecine rurale et pour l'équipement sanitaire des campagnes.

C'est bien une organisation nouvelle de la médecine rurale qui nous est indispensable.

Et cela pour satisfaire à trois sortes d'exigences :

D'abord, il s'agit d'une *exigence technique*, d'une nécessité technique, due aux nombreuses déficiences et difficultés rencontrées quotidiennement par le médecin de campagne.

Ensuite, il s'agit de satisfaire à une exigence d'orientation de la médecine vers la prévention. La médecine devenant de plus en plus la science de la santé.

Ces deux premières exigences se traduisent pratiquement par des besoins très précis :

— Il faut que les médecins ruraux aient à leur disposition des moyens de diagnostic et de traitements scientifiques :

— l'appareil de radio-diagnostic;
— le laboratoire chimique, biologique et bactériologique;
— l'ambulance;
— le centre médico-chirurgical avec ses spécialistes;
— les moyens de transfusion sanguine (donneurs étalonnés ou réserve de sang citraté);
— les appareils à respiration artificielle et tentes à oxygène;
— l'électro-cardiogramme.

— Il faut qu'ils aient une organisation rationnelle et équipée de médecine préventive :

— l'ambulance-radio;
— les consultations prénatales;
— les consultations de nourrissons;
— les contrôles scolaires et sportifs.

— Il faut qu'ils aient un service social rural bien organisé.

Enfin, il est une exigence d'un autre ordre : exigence d'adaptation au temps présent. La société de demain sera communautaire.

Le médecin doit fatalement subir cet appel communautaire vers les autres hommes qui exigent le même métier que lui.

Le médecin ne pourra plus, dans cette société organisée sur le mode communautaire, continuer à vivre les yeux uniquement penchés sur sa petite exploitation artisanale.

En résumé, ces exigences étant posées, il s'agit simplement de savoir dans quel esprit et comment cette évolution et cette réorganisation se feront, et quelle formule pratique doit être employée pour solutionner ce problème.

Nous l'avons laissé entendre : la solution est vers une formule de coordination, de coopération, dans un esprit communautaire — avec l'aide de l'Etat — et des collectivités.

Incontestablement, la médecine individualiste a vécu. Le médecin ne peut plus rester isolé. Il n'est plus possible qu'il continue à ne pouvoir appliquer rapidement et régulièrement à ses malades les techniques actuelles de diagnostic et de traitement.

C'est la grande préoccupation du docteur Bridgmann, qui mène dans nos revues médicales une campagne en ce sens. Il écrit :

> « Laisser l'initiative de l'équipement scientifique aux seuls médecins amènera des mécomptes. Les appareils de radiologie, de laboratoire et d'examen scientifique sont coûteux, et, de plus, servent trop peu souvent si chaque médecin en possède un. J'estime, d'après mon expérience personnelle, qu'un appareil de radiodiagnostic sérieux fonctionne environ huit fois par semaine pour un médecin; un appareil de diathermie une fois par semaine; un laboratoire quatre fois par semaine. »

Il poursuit :

« Quand même un médecin posséderait une installation modèle, le temps lui manquerait pour développer lui-même ses clichés et chercher des bacilles sur une lame. Or, une infirmière ne serait pas occupée plus de trois heures par jour auprès d'un médecin...

» Il ne faut pas obliger chaque médecin à acheter au fur et à mesure que la science progresse tous les appareils indispensables. Il a fallu près de trente ans pour que la découverte de Rœntgen soit à la portée de la majorité des malades. Si demain l'électro-cardiographie et l'électro-encéphalographie s'avèrent indispensables, au même titre que l'auscultation, est-il raisonnable de laisser tous les médecins acheter progressivement ces appareils délicats ? »

La seule solution est bien l'acheminement vers une *formule communautaire*, vers le groupement de tous les moyens de diagnostic et de traitement au service du médecin et au service du paysan.

Il en est de même du médecin de campagne que du paysan au service duquel il s'est mis.

C'est la machine, demandant un champ d'action plus étendu et des capitaux énormes qui presse les paysans à se grouper entre eux et à prendre des solutions coopératives pour résoudre les problèmes de l'heure.

C'est également la machine, l'équipement, qui pousseront les médecins de campagne à des solutions communautaires.

Quelles sont donc les solutions communautaires que l'on nous propose ? Nous allons les étudier impartialement et nous porterons nos conclusions personnelles. Après avoir examiné les théories et les réalisations des pays étrangers, nous envisagerons les formules préconisées en France.

I. — *L'ORGANISATION SANITAIRE ET MEDICO-SOCIALE RURALE A L'ETRANGER*

Lorsque le docteur Bridgmann lança en France l'idée de « centre de santé », expression générique qui laissait entendre un souci de coordination, il appuya son argumentation sur les expériences faites dans les pays anglo-saxons.

Il nous a semblé opportun et logique de suivre nous-même cette méthode en ce qui concerne le secteur rural.

Nous avons recherché dans la documentation du docteur Bridgmann et dans la littérature médico-sociale française et étrangère différentes études sur ces réalisations. Il nous a paru, au cours de ce voyage, que peu d'auteurs s'étaient penchés sur ces questions, et que les articles écrits, en particulier en Europe, étaient bien timides et réservés.

Quoi qu'il en soit, quelques pays sont entrés depuis de nombreuses années dans la voie des réalisations. D'ailleurs, les conditions et l'esprit qui ont présidé à leur élaboration ne correspondent pas toujours aux nôtres, mais la connaissance de ce qui a été fait et du résultat du fonctionnement est indispensable à ceux qui ambitionnent d'améliorer l'organisation sanitaire rurale française.

L'expérience américaine.

Que l'Amérique ait été la première à se lancer dans la réalisation des grandes centrales sanitaires, il n'y a rien d'étonnant à cela. La tendance américaine était, en matière médicale, à l'opposé de la tendance française. Alors que chez nous la médecine cherche ses voies plutôt dans l'intuition de ses cliniciens, en Amérique, on croit beaucoup plus aux déductions des chercheurs. La médecine américaine poursuit son développement technique et le perfectionnement de ses méthodes d'analyse avec audace et ténacité. Ainsi s'accentue tous les jours la différence entre ce que l'on a appelé une médecine « artisanale » et une médecine « industrielle ». Retenons ici la phrase du docteur Ménétrier, qui écrivait récemment dans le *Concours médical*, à propos de la médecine canadienne inspirée de la médecine humaniste française et de la médecine industrialisée des Etats-Unis :

> « La médecine française est une synthèse qui commande l'expérience, tandis que la médecine américaine est une analyse qui tend à la synthèse. »

Donc, la conception même que se font les Américains de la médecine et de l'homme explique leur réalisation en matière sanitaire, et cela depuis une vingtaine d'années.

Tout d'abord, ce qui caractérise l'organisation sociale de la médecine américaine — urbaine ou rurale — c'est la diversité de ses réalisations et leur adaptation aux conditions locales éminemment variables. Pas de médecins de l'Etat, pas de médecins fonctionnaires; l'exercice de la médecine est libre, mais les initiatives personnelles et privées ont mis à la disposition des médecins les moyens techniques et des installations ultra-modernes.

Mais cette médecine libre est spécifiquement industrielle et constructive, en ce sens que polycliniques, hôpitaux, centres de recherches, sont placés sous le signe de la perfection des moyens et celui de la notion d'équipe.

Telles sont les *polycliniques - centres de diagnostic*, établissements importants de 100 à 200 lits, la plupart spécialisés et privés, pour malades payants, pratiqués par les médecins de la ville, qui ont souvent leur cabinet de consultation au centre. C'est une formule de l'exercice en commun de plusieurs médecins, ce qui offre l'avantage de réduire les frais de loyers, d'infirmières, de secrétaires, facilite les absences et les vacances, assure une permanence des soins d'urgence.

C'est sur quoi insistait le docteur Hartmann, professeur d'ophtalmologie à l'Université de Columbia lors d'une conférence faite il y a un an à la Maison de la Médecine à Paris.

En plus de cet armement, les Etats-Unis ont éprouvé le besoin, dès 1919, d'édifier des organismes différents : les *health-centers*. Ces *centres d'hygiène* n'ont pas d'aspect commercial. Ils sont alimentés par les fonds d'hygiène des Etats, par les communes et parfois par des fondations privées. Leur activité est « l'hygiène comprise dans un sens très large, intégrant la diététique, le repos, la propreté générale, en sus de l'hygiène telle que nous l'entendons en France ». De plus, les examens et actes médico-sociaux qui intéressent le maintien de la santé générale et la prévention y sont représentés.

Tels sont les Centres d'hygiène « des Moines », dans l'Iowa; de New-Haven, de Jalifax, d'East-Harlem, de Cleveland, de Buffalo et d'Alemeda.

Si le secteur urbain possède des « centres d'hygiène » (health centers) et des polycliniques-centres de diagnostic, dont la plus célèbre est celle des frères Mayo, à Rochester, le secteur rural est pourtant resté dépourvu d'équipement sanitaire jusqu'en 1939. En réalité, il n'y a pas, aux Etats-Unis comme en France, un milieu paysan bien déterminé. La population vit dans des grands centres où se sont produites des concentrations industrielles. Le secteur rural est caractérisé par des fermes dispersées. Le service médico-social de ces régions isolées était surtout assuré par des infirmières visiteuses des services de soins, contrôlées par le gouvernement et les entreprises privées. Ces infirmières-assistantes sociales se déplacent en auto, et le plus souvent à cheval — à travers les régions isolées — elles assistent les femmes pendant l'accouchement, s'occupent des nouveau-nés, soignent les malades et donnent des conseils d'hygiène.

Pour ces régions, qui sont d'ailleurs désertées par les médecins, des hôpitaux ruraux à l'échelon cantonal — confiés à des groupes corporatifs — se construisent peu à peu. Les malades graves y sont hospitalisés.

Certains centres de santé existent pour les régions rurales — synthèse entre le centre d'hygiène et le centre de diagnostic, tels que nous les avons décrits précédemment. Ainsi, la Duke-Foundation a créé, dans la Caroline du Nord, un centre-hôpital moderne, bien équipé, qui fournit aux populations rurales et à leurs médecins des possibilités meilleures de soins.

Autre réalisation dans la vallée du Tennessee, où le comte de Rutherford a fondé en 1933 des services de médecine infantile qui ont assuré la surveillance médicale de 40 % des enfants à naître.

Mais si l'organisation médico-sociale rurale ne fait que se structurer aux Etats-Unis, il faut signaler qu'un vaste plan est en train de s'appliquer. De ce plan, de ces réalisations présentes et futures, il faut que nous donnions l'essentiel pouvant présenter pour nous un certain intérêt.

De quoi s'agit-il ?

Plus d'un milliard de dollars seront consacrés pendant cinq ans « pour organiser un plan de services hospitaliers coordonnés qui révolutionnera l'organisation des hôpitaux et qui a pour but d'apporter les soins médicaux aux régions rurales les plus isolées du pays ».

Ce plan n'a pas eu encore une publicité tapageuse dans la presse médicale. En France, *Santé publique*, dans son numéro de novembre 1946, en a parlé. Nous ne pouvons mieux faire que de donner l'essentiel de ce plan, d'après l'article de ce journal, avant-garde du progrès médico-social dans notre pays.

> « Le plan comprend quatre types d'organisations : l'hôpital de base, l'hôpital de district, l'hôpital rural et le centre médical rural.
>
> » *a*) Le *centre médical* ne peut être qu'un dispensaire de quelques lits, pour les cas d'urgence, dispensaire auquel serait rattaché un service d'ambulance pouvant transporter les malades à l'hôpital le plus proche.
>
> » Des services d'obstétrique, de soins médicaux de première urgence, sont prévus, ainsi qu'une installation de rayons X, un laboratoire de bactériologie, un cabinet de dentiste, un ou des bureaux administratifs d'hygiène publique.

» Ce centre, qui est le plus bas dans l'échelle des services coordonnés, sera, en un sens, le plus important. Il fera beaucoup pour la santé publique et l'éducation des paysans, en ce qui concerne les questions d'hygiène et de santé. Il permettra, en facilitant les diagnostics précoces, de soigner les maladies à leur stade le moins grave et de sélectionner les cas plus graves nécessitant des soins plus sérieux et plus spécialisés.

» *b*) A l'*hôpital rural*, se trouveront des spécialistes en médecine interne, en ophtalmologie et en oto-rhino-laryngologie. On pourra aussi y procéder aux opérations peu importantes ou urgentes.

» *c*) Si le malade a besoin d'une opération importante, on l'enverra à l'*hôpital de district* — qui peut contenir jusqu'à plusieurs centaines de lits. Il y trouvera également des services de pédiatrie, de physiothérapie, de maladies contagieuses. Des infirmières, des internes, des spécialistes du régime, seront formés à l'hôpital de district. Il conviendra pour le traitement de toute maladie, sauf en cas d'affection rare ou particulièrement dangereuse.

» *d*) Le degré le plus élevé de cette hiérarchie d'établissements sanitaires sera l'*hôpital de base*, comme l'Hôpital John-Hopkins, la Clinique Mayo, etc., ainsi que de nouveaux hôpitaux qui vont être construits. L'une de leurs principales fonctions sera d'effectuer des recherches. On y donnera également des cours, des consultations et des conférences, où participeront les savants les plus éminents de la nation, et où l'on prendra des décisions scientifiques importantes. L'hôpital de base comprendra également une clinique pour cancéreux, un service psychiatrique, une clinique pour les cardiaques et une installation pour la chirurgie orthopédique.

» Tout hôpital de base desservira une vaste région comprenant plusieurs hôpitaux de district. Il n'y aura parfois qu'un hôpital de base par Etat, avec des hôpitaux de district dans les villes importantes et les régions très peuplées. Les hôpitaux ruraux seront installés dans de plus petites villes et de nombreux centres médicaux ruraux seront placés dans des endroits particulièrement isolés.

» Le plan de services hospitaliers coordonnés, étudié par le Congrès au cours de sa dernière session, constitue maintenant l'un des buts essentiels de la politique médicale des Etats-Unis.

» En plus des 3.000.000 de dollars donnés par le Congrès, une somme de 75.000.000 de dollars, provenant aussi des fonds fédéraux, sera affectée au programme de construction des hôpitaux, à condition que les Etats fournissent eux-mêmes une somme deux fois plus importante. Le programme, patronné par le Gouvernement fédéral, reviendra au total à 1.134.000.000 de dollars. »

C'est là un plan digne de la politique à grande vue du Gouvernement américain. Signalons enfin que cette réalisation a pris naissance à la suite de discussions privées, d'articles dans des journaux médicaux et de libres échanges d'opinions. Le plan a été finalement accepté par les services de la Santé publique.

C'est, disons-le en passant, un encouragement à tous ceux qui travaillent sur un plan « privé » à faire aboutir une pensée ou un programme. Un jour, les efforts font passer du stade privé au stade institutionnel.

L'expérience anglaise.

L'Angleterre, vieux pays, a été en divers domaines le lieu de conflit entre les conceptions aristocratiques, libérales et démocratiques. En matière médicale, l'organisation de la santé britannique reflétait jusqu'à ce jour ce conflit. Présentement, les vieux cadres éclatent outre-Manche, et, en ce qui nous concerne, après le plan Beveridge en matière de sécurité sociale, un projet de loi sur le Service national de la santé est à la veille de modifier la structure interne de l'organisation médicale de la Grande-Bretagne.

Où en était-on jusqu'à ce jour ?

Incontestablement, depuis longtemps, les Anglais ont fait des réalisations en matière sanitaire et particulièrement en ce qui concerne le secteur rural. Mais cette organisation est véritablement complexe.

Pratiquement, l'omnipraticien, c'est-à-dire la grande partie des médecins urbains et tous les médecins de campagne, travaillent dans deux secteurs : un secteur fonctionnarisé, un secteur libre.

La médecine est, en effet, rentrée dans le cadre de la « garantie générale » depuis de nombreuses années. Durant le XIX^e^ siècle et au début du XX^e^, il s'est créé une quantité de clubs, des sociétés d'assistance, des mutuelles diverses, qui ont assuré à leurs membres bénévoles une médecine par contrat. A ce moment, on parlait peu d'assurances sociales en Europe. Ce souci de sécurité semble d'ailleurs bien correspondre à l'esprit britannique.

Malgré les luttes menées par le corps médical dans le but de procurer aux médecins une rémunération convenable, la loi de 1911 crée une organisation nationale d'assurance de santé par cotisations. La N. H. I. (National Healk Insurance) était née. Nous la trouvons encore aujourd'hui plus ou moins modifiée.

En gros, le fonctionnement du système est le suivant. Le cotisant reçoit de sa caisse une carte de maladie qu'il porte chez le médecin de son choix, à condition que ce dernier soit inscrit comme médecin de caisse (panel doctor). Si l'assuré est malade, il consulte le médecin qui le soigne gratuitement et il se procure chez le pharmacien les médicaments à titre gratuit. Le médecin est payé tous les ans par la caisse d'un fixe de neuf shillings par an et par tête d'assuré, que celui-ci ait été malade ou non.

C'est le cadre de travail du médecin — en secteur *fonctionnarisé*.

Mais il reste le *secteur libre :* car il soigne en plus la famille des assurés en clientèle libre, plus ses clients non assurés. Ces derniers forment un nombre raisonnable — puisque jusqu'à présent, seuls les travailleurs gagnant moins de 250 livres par an et à partir de 16 ans, sont affiliés à la N. H. I.

Signalons également que les médecins anglais — citadins ou ruraux — jouent un rôle important au point de vue de l'hygiène. Ils sont d'ailleurs secondés par les « ingénieurs d'hygiène » — dont le rôle est de construire les égouts, installer l'évacuation des nuisances, donner des conseils aux paysans sur les fosses à fumier et à purin, vérifier l'eau des puits, etc... Notons que pour leurs activités d'hygiénistes, les médecins anglais touchent des émoluments intéressants. Ainsi le docteur Bridgmann signale « qu'ils sont payés pour fournir aux services d'hygiène du Compte des renseignements statistiques sur la morbidité et la mortalité et qu'ils sont

encouragés de ce fait à déclarer correctement leurs maladies transmissibles » (*Archives de médecine sociale*, mai 1945).

Le domaine où la médecine anglaise a réalisé des formules originales avec des résultats intéressants est certainement celui des hôpitaux, surtout en district rural.

Il existe en Angleterre plusieurs sortes d'hôpitaux. Là encore on est à la veille de modifications. Car si le corps médical anglais n'obtient pas satisfaction dans sa lutte contre la loi sur le service national de santé (1948), il créera l'unification des formules hospitalières.

Il y a d'abord les *hôpitaux bénévoles*, ou « *Voluntary hospitals* » privés, pour une catégorie de maladies aiguës. Ils sont en général les centres hospitaliers d'enseignements et sont ouverts surtout aux assurés. Certains d'entre eux remontent au Moyen Age et font l'orgueil de la médecine britannique.

Il y a ensuite les *hôpitaux publics*, analogues aux nôtres. Le traitement est gratuit pour les indigents. On en trouve dans toutes les villes, même dans les petits centres de province. Ils possèdent tous un médecin résidant.

Viennent après les *hôpitaux de convalescents* qui permettent de dégager les services hospitaliers. Signalons aussi les Cliniques privées ou « Nursing home » pour clientèle de luxe qui tendent, d'ailleurs, à disparaître.

Enfin, dans les centres ruraux existent les « *cottage-hospitals* ». C'est la formule originale de l'organisation médico-sociale rurale de l'Angleterre. Formule heureuse située entre la conception hospitalière et la pratique médicale libre. Le docteur Bridgmann en a fait des études détaillées dans diverses revues médicales. Il écrit à ce sujet dans les annales de « Médecine sociale » de mars 1945 :

> « Ces organismes sont d'apparition relativement récente et ont été créés pour suppléer à l'absence choquante de toute organisation sanitaire correcte dans les districts ruraux. Leur place s'est faite par la disparition graduelle des « nursing-homes ».
>
> » Les « cottage-hospitals » se répartissent au contraire dans les districts ruraux et les petites villes. D'importance très variable, comprenant de 6 à 60 lits, leur personnel médical est le corps des médecins praticiens de la région, complété par un médecin inspecteur des services d'hygiène non résidant, et les spécialistes nécessaires venant de la ville voisine. Le « cottage-hospital » examine et hospitalise tous les malades médicaux et chirurgicaux en vue de l'observation, du diagnostic et du traitement, et possède une section de maternité.
>
> » Il y avait en 1939, en Angleterre, 600 cottage-hospitals, totalisant environ 10.000 lits, et ce nombre allait sans cesse en croissant. C'est là que les médecins praticiens envoient les malades qu'ils désirent continuer à soigner eux-mêmes lorsqu'ils sont incapables d'établir correctement leur diagnostic par les seules méthodes cliniques. La visite au cottage-hospital est devenue une partie de l'activité journalière du médecin anglais. Il y trouve des moyens d'investigation perfectionnés, de l'aide, un contact avec ses confrères et les divers spécialistes qui fréquentent ce lieu, et a ainsi l'occasion d'étendre sa formation professionnelle.
>
> » Du point de vue administratif, on doit se rappeler que le médecin praticien est également « panel doctor » ou médecin de caisse. Le « cottage-hospital » est financé par les prestations de l'assurance-

maladie, mais il est également possible au « panel doctor » d'hospitaliser les malades de sa clientèle libre privée, qui paient alors entièrement leur quote-part. Naturellement, les cas nécessitant des soins spéciaux avec une instrumentation particulière sont envoyés à l'hôpital de la ville la plus proche si celui-ci est compétent, plus loin s'il est nécessaire. »

Au surplus, bien des praticiens cultivent une spécialité à côté de leur activité d'omnipraticien.

Nous aurons à revenir sur cette réalisation qui nous semble présenter des avantages intéressants pour le médecin de campagne.

Voilà où en est présentement l'organisation de la médecine rurale et de la médecine dans son ensemble outre-Manche.

Demeurera-t-elle ainsi ?

L'opinion anglaise est inquiète du projet de la loi Bevan avec le « National Health Service Bills », qui tend à nationaliser tous les hôpitaux, à les unifier, et du même coup à fonctionnariser intégralement le corps médical.

Une lutte est ouverte entre les défenseurs de la médecine traditionnelle, la « Bristish Medical Association » (B.M.A.) et le Gouvernement.

Dans le nouveau projet, les centres sanitaires seraient multipliés dans l'ensemble du pays. Le texte précise que le matériel et le personnel seront payés par l'Etat, que ces centres mettront gratuitement à la disposition du public locaux et médecins, appareils et personnel nécessaires. Il est spécifié, en outre, qu'ils formeront les bases de l'éducation sanitaire de la région. Les conseils municipaux devront équiper les nouveaux centres dont ils seront les administrateurs. Toutefois, les médecins et dentistes qui les utiliseront ne relèveront que des comités exécutifs, qui serviront à l'occasion d'intermédiaire entre les médecins et les conseillers municipaux.

Ainsi, la mainmise de l'Etat et de l'administration risque d'entraver une initiative excellente en elle-même.

Un référendum lancé auprès de tous les médecins de Grande-Bretagne par la B.M.A. (1) nous éclaire sur la résistance de ceux-ci au nouveau projet. Par 22.110 voix contre 18.872, les médecins ont répondu un « non » énergique. D'après les « catégories » des votants, on compte 64 % des voix ayant voté « non » parmi les omnipraticiens.

Ainsi, ce référendum est hostile à la fonctionnarisation, et une lutte implacable et grave se livre ouvertement en Angleterre contre la « loi injuste » : le « bill » a été voté par le Parlement et est devenu « Act » à la date du 6 novembre dernier.

« Mais, écrit le docteur F. Decourt (au *Concours médical* du 15 mars 1947), les Anglais sont maîtres en l'art de « se retourner » en cas de crise et de faire le geste nécessaire quand il y a lieu. » La B.M.A. s'effaça provisoirement, et les « trois grands » des Collèges médicaux firent part le 2 janvier 1947 au ministre de la Santé des résultats du référendum. Puis un ordre du jour fut voté lors de l'Assemblée générale de la B.M.A. du 28 janvier par 252 voix contre 17, au terme duquel l'Association « accepte que des discussions soient engagées avec le ministre, à condition que celles-

(1) British Medical Association.

ci soient d'une vaste portée et que la possibilité d'aboutir à une législation ultérieure ne soit pas exclue. » Cet ordre du jour prévoit un second plébiscite avant de conclure à entrer dans le nouveau service. Le ministre ayant répondu qu'il « sera heureux d'entamer la discussion à la lumière de cette résolution », il n'y a qu'à attendre la suite.

Pour qui connaît le caractère et la tradition britanniques, cette rébellion contre un acte revêtu de la signature royale paraît être d'une gravité exceptionnelle. Elle souligne et manifeste combien les médecins d'outre-Manche ont le sentiment de se trouver à un tournant de leur histoire.

L'exemple russe.

La Russie soviétique, en matière médicale et sanitaire, est partie de zéro en 1920. En face d'un pays immense, d'une population arriérée, l'Etat soviétique appliqua la méthode du parti et créa de toutes pièces un système sanitaire et une organisation médicale. L'U.R.S.S. a offert et offre encore l'exemple d'une conception matérialiste autoritaire. Il y avait très peu de médecins en Russie en 1919. L'Etat en trouve. En 1924, ils étaient 24.600 (moins qu'en France). En 1932, ils étaient 50.800. En 1937 — ici les chiffres sont officieux, la mystérieuse Russie ne livre que ce qu'elle veut — 120.000 médecins.

L'Etat totalitaire arrive toujours à ses fins — par n'importe quels moyens. Ainsi, on a réalisé dans le même esprit des centres de santé complets, qui réunissent soins et préventions. Mais, là encore, il semble que l'effort ait porté pour les grandes villes industrielles, et non pour les districts ruraux.

Ecoutons ici encore un rapport du service sanitaire russe rapporté par le docteur Bridgmann :

> « Le centre de santé russe obvie aux inconvénients du service médico-social dispersé en dispensaires distincts. Toutes les activités médico-sociales y sont représentées, et le travail prophylactico-social à domicile est effectué par des travailleurs sociaux uniques et polyvalents, chargés chacun d'un secteur territorial restreint. Alors le centre de santé ne représente plus seulement la velléité autonome de lutte contre telle ou telle maladie, contre tel ou tel fléau, mais matérialise l'effort social complet exercé par la collectivité en tant que telle. »

L'originalité du système, c'est que l'homme sain ou devant être surveillé dépend du centre de santé, alors que le malade rentre à l'hôpital. « Tous les malades sont soignés par un organisme. »

Toutefois, dans les campagnes, des centres spéciaux sont prévus. Les soins sont donnés par des fonctionnaires de stations d'hygiène rurales où se trouvent quelques lits d'hospitalisation.

Ainsi, en tout, pour tout et partout, l'Etat est le seul maître. Le corps médical est au Service de l'Etat.

L'exemple de l'Europe centrale.

Dans les pays européens centraux, tels la Yougoslavie, la Roumanie, la Tchécoslovaquie, qui sont essentiellement des pays agricoles, les médecins

sont moins nombreux que dans les pays anglo-saxons. La population est dispersée et arriérée.

Les seules organisations sanitaires existant avant 1939 semblaient avoir pour but essentiel la lutte contre les fléaux sociaux.

En Yougoslavie, 80 % de la population est dispersée dans la commune. Aussi les efforts ont-ils porté sur des *centres de santé* de district, tenus par des médecins hygiénistes et ne donnant pas de soins. Ils appliquent seulement les mesures d'hygiène générales collectives. Les malades sont dirigés dans les hôpitaux des villes les plus voisines.

Ces centres sont aussi des foyers d'éducation sanitaire et ont à leur disposition un équipement moderne d'éducation et de propagande (musées d'hygiène ambulants, films didactiques).

En Roumanie, 79 % de la population est agricole. Les Centres les plus importants sont ceux de Bucarest et de Burbanesti-Ilfov (station de paludologie).

Il existe aussi un centre de santé rurale à Tomesti, cercle de Jassy, qui rayonne sur 32.000 ruraux répartis en 44 villages et comprend 10 centres secondaires. Son but est uniquement la lutte contre les fléaux sociaux et ne donne aucun soin.

Il semble donc que nous puissions clôturer ce voyage en pays étrangers en résumant les diverses tentatives qui méritent d'attirer notre attention : médecine d'équipe, centres de diagnostic, centre médico-rural, cottage-hospital, centre de santé de prévention.

Enfin, nous pensons que ces diverses réalisations en tant que telles ne peuvent avoir de résultats heureux pour la santé de l'homme que dans la mesure où l'esprit qui les anime tend lui-même au bien de l'homme avant le bien de **l'Etat.**

II. — *L'ORGANISATION SANITAIRE ET MEDICO-SOCIALE RURALE EN FRANCE*

Avant d'étudier les formules actuellement préconisées en France, examinons les réalisations originales qui ont timidement surgi jusqu'à présent.

Il y a plus de vingt ans, le docteur Noir écrivait un article dans le *Concours médical*, où il faisait une première esquisse de « l'équipe en pratique médicale », sous le nom de « Maisons médicales ». Vue audacieuse à cette époque d'individualisme total.

L'idée en soi était excellente du point de vue technique, mais la réalisation en était basée sur l'association des médecins, qui devaient constituer, avec leurs propres capitaux, une société privée.

Toute la difficulté venait de là. La seule expérience tentée fut celle du docteur Rouillès, à Agen, où il organisa, par ses propres moyens, une maison médicale mise à la disposition de ses confrères ruraux avec des consultations de spécialistes et une bonne instrumentation. En réalité, il s'agissait là d'un centre de diagnostic et de traitement et non d'une équipe médicale.

Dans une étude sur les « formes extérieures de la profession médicale », le docteur Vincent (*Jardinier des hommes*) signale que d'autres centres

médicaux ont vu le jour dans les premiers temps du syndicalisme médical, mais la plupart étaient d'inspiration commerciale.

Il signale, en particulier, le Centre de diagnostic de Nice, curieusement dénommé « Centre éparpillé ». « Il existe, écrit-il, au siège du syndicat, un employé qui aiguille les malades sur les cabinets de tous les radiologues adhérents au Centre. Ce n'est qu'une association de radiologues destinée à lutter contre la concurrence hospitalière. Il n'y a pas là trace d'équipe. »

Il en est de même pour le « Centre de santé » de Périgueux, qui intéresse toutes les spécialités. Le siège se trouve à l'hôpital, et l'aiguillage est fait par un médecin. Ce centre avait été créé par le Syndicat médical de la Dordogne pour faire échec au dispensaire solidariste ouvert par la Fédération ouvrière et paysanne.

A Paris, existe le « Centre de diagnostic médical » fondé en 1920 par un groupe d'anciens internes des hôpitaux. C'est une société de médecins spécialistes travaillant à temps partiel.

Telles sont les quelques expériences du travail « en équipe » tentées en France, et d'où il ressort que deux formules ont été proposées pour assurer la réorganisation de la médecine en ville et dans les campagnes :

— d'une part, la *médecine d'équipe avec la maison médicale;*

— d'autre part, le *centre de diagnostic et de traitement.*

Ces deux formules peuvent d'ailleurs n'en faire qu'une seule.

Ici, des définitions et des explications précises sont nécessaires, car il nous a semblé que, selon les auteurs et les pays, les expressions employées ne recouvraient pas les mêmes réalités.

Au cours de cet exposé, nous formerons les critiques de ces conceptions que leur application à la médecine de campagne semble nous suggérer, et nous dirons enfin ce qui nous paraît être la formule la plus opportune.

1° La médecine d'équipe et son cadre : la maison médicale.

> « Repoussant le *communautarisme* absolu, non viable et inconciliable avec la vie de famille, cellule initiale de notre entreprise, nous nous efforcerons de réaliser une *communauté d'interdépendance* dans laquelle chacun ait à donner et à recevoir. Et ce, en réduisant le plus possible à l'intérieur de la communauté le rôle de l'argent pour la substitution de la notion de service réciproque à la notion de profit. »
>
> J. Birouste.
> (*Manifeste du Mouvement Pierreneuve.*)

Au premier abord, la seule vue de l'esprit répondant aux besoins relatifs à l'isolement du médecin de campagne et à l'absence d'équipement sanitaire souscrirait totalement à cette formule parfaitement communautaire. Nous verrons qu'elle ne peut s'appliquer intégralement à la médecine rurale; mais il se peut que ce soit la formule de l'avenir en ce qui concerne la médecine urbaine.

Médecine d'équipe : qu'est-ce à dire ?

C'est une médecine qui s'oppose à la médecine individualiste sur les trois points suivants :

— elle substitue à l'isolement des médecins leur groupement en équipes de travail;

— elle supprime une certaine concurrence entre médecins (par ses modes de recrutement, de travail et de rémunération);

— elle substitue la notion de service social à certaines revendications individualistes.

Pratiquement, les médecins d'une même partie, d'une même ville, qui peut être un chef-lieu de canton, se regrouperaient dans une « maison médicale » leur appartenant ou appartenant à une collectivité.

Ils y auraient chacun leur cabinet de consultation possédant en annexe une salle d'attente indépendante pour éviter le mélange et la confrontation des clientèles, et une salle de pansements attenant à leur cabinet. Cette concentration permettrait d'avoir une installation commune de radiodiagnostic, un petit laboratoire et une salle de petite chirurgie. Une infirmière pourrait facilement s'occuper de chacun, comme au cours d'une consultation externe hospitalière. Elle aurait encore le temps de rendre de menus services à la population et d'aider à domicile un des médecins engagé dans un accouchement.

Elle recevrait les demandes de visites et les transmettrait à chaque médecin. En cas d'absence de l'un d'eux, elle ferait appel, pour les urgences, au médecin de garde. Celui-ci rendrait compte le lendemain, au confrère intéressé, de la visite faite en son nom et des suites qu'elle comporte.

Des spécialistes pourraient venir plusieurs fois par mois, et l'assistante sociale du secteur aurait ses entrées, son bureau et son fichier.

Aux membres de l'équipe médicale serait conseillée la spécialisation préférentielle. Il serait bon, par exemple, que l'un d'eux, tout en faisant de la médecine générale, soit plus spécialement orienté vers la phtisiologie, un autre vers la dermatologie, etc.

Le docteur Bridgmann, qui a préconisé cette formule pour la médecine rurale, dit « que cette installation dans un chef-lieu de canton de 2 à 3.000 habitants fonctionnera avec un rendement très suffisant, permettant d'amortir les instruments dans des délais tout à fait normaux. Cette activité peut être évaluée à : 23 consultations par jour, 3 examens radiologiques, 6 actes de petite chirurgie, 1 accouchement dystocique par mois, 60 interventions d'amygdalectomie par an; 50 consultations de spécialistes par mois ».

L'avantage moral souvent signalé serait qu'entre confrères de l'équipe le contact serait maintenu, non seulement par la vie quotidienne côte à côte, mais encore par de fréquentes réunions où l'on discuterait de cas cliniques difficiles, de l'organisation du travail et des problèmes sociaux qui se poseraient.

Le docteur Bridgmann pense d'ailleurs que l'on peut concevoir une médecine d'équipe dans la maison médicale ou dans le « cabinet médical commun », suivant le terme propre du docteur Maire, sans rien changer de

certaines habitudes. « Les médecins, dit-il, continueront à toucher leurs honoraires comme par le passé pour toutes les catégories de malades, il leur sera simplement demandé un loyer modique et forfaitaire (ce qui évitera l'objection d'un contrôle fiscal qui serait possible si leur participation était proportionnelle à leur activité). De plus, la maison gardera une fraction à déterminer des honoraires dus par les malades pour tous les actes de spécialité nécessitant l'instrumentation commune de la maison. Enfin, les sommes provenant des examens de laboratoire et des traitements diathermiques resteront intégralement à la maison médicale. Le calcul du budget a été fait, il s'équilibre parfaitement.

Il est évident que cette formule de médecine d'équipe, comme toute formule communautaire et de coopération, demande un sens social et un esprit fraternel. Sinon, cette médecine deviendra une « médecine solidariste », une entreprise de travail en gros, une médecine « à la chaîne », une « usine à soins ».

Une condition est indispensable : c'est que l'équipe travaille en suivant une idée directrice commune ». C'est ce que souligne le docteur Vincent, qui ajoute : « Celle-ci ne peut lui être imprimée que par une formation commune. On comprend donc la nécessité de la formation régionale d'équipes homogènes et l'obligation dans ce but d'étudier d'abord une formation du médecin qui conduise à la médecine en équipe. Ceci dépasse de beaucoup l'individualisme médical actuel. »

C'est peut-être pour cela que cette formule essentiellement communautaire n'est qu'une perspective pour demain...

En réalité, la notion même du travail en équipe n'est pas neuve. On peut dire qu'elle est née le jour où se sont constitués autour des médecins devenus des maîtres des groupes d'élèves. Nous le trouvons dans les services hospitaliers avec leur hiérarchie de « patrons », chefs de clinique, internes et externes. Mais c'est là un stade d'équipe d'enseignement ou de recherche. Demain, connaîtrons-nous le stade d'équipe de pratique médicale ?

Une dernière question peut être soulevée quant à la mise en pratique de cette formule : par quels moyens la réalisera-t-on ?

Les juristes y auraient, paraît-il, répondu. Quoi qu'il en soit, le docteur Vincent pense que « le mode de cette application pratique dépendrait inévitablement du régime politico-économique. En effet, en régime libéral, la solution est celle des associations de médecins, préconisées par le docteur Noir. « La maison médicale et son matériel seraient propriété indivise des médecins de l'équipe. » Mais l'expérience a montré que les qualités administratives manquaient souvent aux médecins, et les syndicats médicaux n'aiment guère se lancer dans de telles entreprises.

En régime corporatif, la solution serait les « sociétés civiles de médecins », prônées par le docteur Blairon, dont les intéressés seraient membres de l'Ordre, et dont les locaux et le matériel appartiendraient à l'Ordre.

En régime communautaire, la solution serait alors facile. La maison médicale et son équipement seraient propriété collective de la communauté médicale d'un secteur déterminé. En son nom, les administrateurs de métier en assuraient la gestion.

Le docteur Vincent écrit à ce sujet : « Le médecin ayant besoin d'une

indépendance incompatible avec l'état de fonctionnaire travaillerait sous l'égide de la communauté médicale après avoir été formé et mis en place par la comunauté d'enseignement. »

Cette formule de médecine en équipe est-elle applicable en milieu rural ?

Nous ne le pensons pas. Nous verrons ultérieurement que bien des aspects de la « maison médicale » seront à retenir, mais nous croyons que la notion même d'une « équipe » médicale est inapplicable à la campagne.

En ville, médecins et malades vivent côte à côte. En milieu rural, avec cette formule, les médecins s'isoleraient du milieu et des malades. Ils seraient obligés, par exemple, d'aller se rassembler et vivre au chef-lieu de canton, ce qui les sortirait des villages où justement on a besoin d'eux. Il faut que le médecin de campagne habite avec les paysans qu'il doit soigner et éduquer au point de vue sanitaire.

Ou bien alors, résidant dans les villages, les médecins et les malades seraient obligés de se déplacer au chef-lieu de canton : formule peu pratique et antirurale.

L'équipement et l'organisme doivent être au service du médecin. Ce n'est pas le médecin qui est au service de l'organisme.

Il en est du médecin de campagne comme du prêtre. Pour remédier à l'isolement déprimant du clergé, on a pensé faire des communautés de prêtres. Dans un remarquable ouvrage : *Problème missionnaire de la France rurale*, M. l'abbé Boulard a précisé ce besoin. Nous trouvons sous sa plume ces phrases qui, toute proportion gardée, s'appliquent au corps médical :

> « Les remèdes proposés se ramènent d'ailleurs à un seul principe, susceptible d'applications diverses : ranimer l'esprit communautaire, redonner le goût et le moyen de travailler en équipe... L'essentiel est de forger une équipe sacerdotale. C'est elle qui soutiendra la foi, la valeur personnelle du prêtre et donnera efficacité à son labeur apostolique. »

Mais là encore diverses formules se présentaient. Tout de suite, on a parlé d'une vie d'équipe en communauté intégrale : formule de la commensalité et de la cohabitation des prêtres dans un même doyenné. Des expériences ont été faites, en particulier par quelques jeunes « missionnaires » des équipes rurales de la « Mission de France » en pays déchristianisé. Il en est résulté un enrichissement personnel pour les membres de l'équipe, mais aucun résultat positif quant à l'apostolat dans les villages. L'indigence de la formule était justement dans ce fait que le prêtre n'était plus dans le village avec ses paroissiens vingt-quatre heures sur quarante-huit heures. En ce domaine, il semble que la formule la plus adaptée soit celle du « doyenné missionnaire » ou de la « communauté décanale », système communautaire plus souple, sauvegardant la résidence du curé dans sa paroisse, mais où tous les prêtres ont un jour de vie commune par semaine au doyenné pour prier et étudier ensemble.

Des exceptions peuvent s'accorder quant à l'organisation en équipe de la médecine rurale. C'est le cas des gros centres ruraux supérieurs à 2 ou 3.000 habitants et où exercent trois ou quatre médecins. Il est évident que, dans ces cas, la formule des « maisons médicales » pourrait s'appli-

quer comme le propose le docteur Bridgmann. Mais les esprits ne sont pas encore mûrs pour cela.

Il est un autre cas — mais c'est là une réalisation pour un avenir lointain : celui des villages-centres. On sait, en effet, que certains économistes proposent la création de cette unité économico-politique basée sur la décentralisation industrielle. Nos communes rurales sont devenues trop petites pour vivre, surtout si on se place au point de vue population. L'exode rural a particulièrement touché ces petites communes. Aussi, la loi du 28 février 1942 tend-elle, au moyen d'associations intercommunales, à rattacher les communes de moins de *deux cents* habitants (plus du quart des communes rurales) à des centres plus importants. Ainsi, il y a en marche une évolution incontestable de la commune : projets de réformes administratives, surtout évolution géographique du peuplement. Le village-centre serait le lieu où la vie urbaine, indispensable au renforcement de la nouvelle civilisation paysanne, s'insérerait dans la vie rurale.

Dans cet avenir lointain, il se peut que la formule d'une médecine d'équipe soit applicable.

En résumé, il semble bien que, d'une façon générale et dans l'état actuel de nos campagnes, la médecine d'équipe ne soit pas la formule opportune.

2° Le centre de diagnostic et de traitement.

Selon les auteurs et les pays, l'expression désigne — comme le centre de santé — des conceptions et des réalisations diverses.

Donnons une définition généralement admise en France.

Le centre de diagnostic est, comme son nom l'indique :

a) un *centre*, c'est-à-dire un lieu géographique situé aussi près que possible du centre de l'agglomération urbaine ou régionale, pour que l'accès en soit le plus commode pour tous. Qui dit « centre » dit « centralisation ». C'est une centralisation de moyens en personnel et en instruments, qui permet des investigations que leur dispersion habituelle n'autorise souvent pas.

b) un *centre de diagnostic*, c'est-à-dire un endroit où doit être établi ou précisé ou confirmé un diagnostic.

En résumé, c'est un local exclusivement médical, pourvu d'une installation technique suffisante, radiologique et de laboratoire, à la disposition des médecins du périmètre, qui ont toute latitude de l'employer pour établir un diagnostic requérant une instrumentation spéciale. Le maniement des instruments est assuré par des spécialistes et des aides.

> « Le médecin traitant suit son malade, ne perd jamais son contrôle scientifique et financier, et assure entièrement le traitement une fois le diagnostic établi, sauf les cas où la technique même du traitement nécessite l'intervention d'un spécialiste. En principe, nul malade ne peut aller consulter directement au centre de diagnostic pour un cas de médecine générale. Il doit être introduit par une lettre de son médecin traitant, et chargé, après la consultation, d'une lettre personnelle cachetée indiquant le diagnostic et les modalités du traitement. En aucun cas, le malade ne peut recevoir directement

l'ordonnance. Le centre de diagnostic est la propriété intégrale du corps médical, il y est chez lui, et nul organisme étranger ne peut se flatter d'y introduire une modification qui ne soit agréée par les médecins. »

Ainsi s'exprime clairement le docteur Bridgmann, qui se montre, là encore, le chaud partisan de ces centres à côté des maisons médicales de médecine d'équipe. Il n'est évidemment pas question de faire contrôler l'omnipraticien dans l'exercice technique d'une partie de son activité.

Ce sont les docteurs J.-P. Lamare et M. Larget qui, dans une récente étude critique des centres de diagnostics, soulignaient que deux conditions étaient indispensables à un tel organisme : d'abord, la présence simultanée des spécialistes susceptibles d'être consultés à propos d'un même cas. Ensuite, la présence des laboratoires de chimie, de bactériologie, de radiologie. Si ces deux conditions n'étaient pas remplies, il y aurait pour les malades une perte de temps que le centre est justement destiné à éviter.

Quant aux honoraires, « ils doivent être fixés de telle manière que les malades ne soient pas financièrement accablés par la multiplicité des examens ». Ils doivent verser le prix d'une seule consultation quel que soit le nombre de spécialistes consultés (mis à part les frais de laboratoire). Dans les grands centres, il semble que les auteurs désirent la transformation des hôpitaux et dispensaires en centre de diagnostic moderne. Ce serait, disent-ils, un moyen excellent de moderniser l'hôpital français, qu'il faut sortir de son caractère d'établissement charitable, avec entassement de moribonds et de miséreux. Ce serait aussi un moyen adroit de revaloriser les dispensaires.

Soulignons aussi que la centralisation des spécialités entraîne celle des documents concernant les malades, ce qui facilite l'établissement des statistiques et est un appoint pour l'exercice de la médecine préventive. Et nous touchons à un autre aspect du centre de diagnostic.

Il ne doit pas être cantonné dans la médecine de soins. D'ailleurs, comme le fait remarquer le docteur Bridgmann : « où est la frontière entre la médecine préventive et la médecine de soins ? La constatation d'une lésion débutante tuberculeuse n'est-elle pas un acte de médecine normale, le médecin n'applique-t-il pas des connaissances sur le début de la tuberculose pulmonaire ? Lorsqu'on a trouvé un Bordet-Wassermann positif dans le sang, l'âge et la profession du sujet ne poussent-ils pas le médecin à formuler un avis quant à la conduite du traitement ? Il n'y a qu'une médecine ».

A côté de l'organisation décrite, certains auteurs voient un équipement en vue de la thérapeutique. Thérapeutique demandant une hospitalisation et thérapeutique n'en demandant pas.

Le premier cas nous rapprocherait de la conception des « cottage-hospitals » anglais avec quelques lits d'hospitalisation.

Donnons enfin les idées débattues récemment aux Journées médicales de Nantes, relatives à cette question où il a été dit que « le centre de diagnostic a sa place marquée dans l'organisation de la médecine d'aujourd'hui ». « Ces centres, a dit le docteur Descamps en présence du ministre de la Santé, sont à répartir sur le territoire, à raison de un par 30.000 ou 50.000

habitants. Ils accueilleraient les malades de toutes les classes. Leur gestion devrait être assurée par les municipalités, la Sécurité sociale et les médecins. »

Ainsi, une idée, prise en ridicule au début de ce siècle, qui vit quelques réalisations privées et sporadiques, comme à Périgueux en 1910, fait peu à peu son chemin.

Mais ces centres de diagnostic sont-ils applicables en milieu rural?

M. le Professeur Robert Debré l'affirme dans un rapport présenté au Comité médical de la Résistance, transmis au Comité français de la Libération nationale à Alger, en janvier 1944. Il en donne d'ailleurs un brutal moyen : « Pour venir en aide aux populations isolées dans les campagnes, écrit-il, l'Etat doit intervenir pour réaliser dans les chefs-lieux de canton des centres de diagnostic et des centres de traitement. » Mais le rapport en question ne nous dit pas quel organisme il entend par « centre de diagnostic ». Il nous semble que ces centres — définis dans les lignes précédentes — sont trop lourds pour être viables dans tous les cantons. Et, d'autre part, si nous avons un centre de diagnostic pour 50.000 habitants, il nous apparaît qu'il faut trouver un système plus adapté, des « centres » plus humbles et plus dispersés dans l'ensemble du secteur rural.

De toute façon, l'idée même et les grandes lignes du centre de diagnostic sont à retenir. Il nous reste à déterminer comment nous pourrons les adapter.

Cette étude critique des formules et des réalisations proposées étant faite, déterminons la solution qui nous paraît la plus adaptée au réel.

III. — *QUELLE EST LA MEILLEURE FORMULE D'ORGANISATION MEDICO-SOCIALE RURALE ?*

Au début de ce chapitre, nous avons établi à quelles exigences devait satisfaire cette organisation. Nous n'avons pas à y revenir ici, si ce n'est pour les résumer en trois propositions :

— exigence de technique, d'équipement..., donnant aux médecins ruraux des moyens de diagnostic et de prévention;
— exigence d'un service social rural bien organisé;
— exigence d'une solution communautaire.

Ainsi, la formule que nous allons proposer suppose certains principes d'ordre communautaire :

— la possession ou l'usage en commun d'appareils d'équipement, qui fonctionneraient ainsi avec un rendement maximum;
— l'usage en commun d'un centre de diagnostic type rural qu'il nous faut définir.

Mais à la condition que ces principes communautaires s'appliquent dans le respect des modalités de la médecine libre, en ce qui suppose :

— pas de fonctionnarisation, pas d'étatisation, même si l'Etat donne une aide financière;
— indépendance entièrement respectée du médecin, dans la pratique de son art (secret professionnel, libre choix, liberté thérapeutique);
— respect des relations affectives de malade à médecin.

En réalité, cette formule-centre de diagnostic type rural doit être au service du médecin et ne doit pas faire du médecin l'esclave du centre.

Que demandent, en effet, les médecins ruraux ? Nos enquêtes concordent toutes sur ce point : *ils veulent être aidés, mais en conservant leur entière liberté.*

La formule que nous préconisons sera donc, en fait, une adaptation du centre de diagnostic classique à la campagne, mais dont les buts seront médicaux et sociaux. Ce centre se substituerait aux dispensaires antituberculeux actuels et seraient ouverts à l'inspection d'hygiène, aux services sociaux ruraux officiels et privés.

Ce serait donc plus exactement un *centre médico-social rural* — réalisation qu'ont désirée et dont ont parlé quelques rares médecins de campagne tels le docteur Richard, de Saint-Céré (Lot); le docteur Galup, de Couhé-Vérac (Vienne); le docteur Durand, de Courville (Eure-et-Loir); le docteur Le Doze, de Saint-Julien (Loire-Inférieure).

L'originalité de ce centre sur d'autres organismes — tels les dispensaires — c'est qu'il serait *polyvalent* et s'attacherait à tous les problèmes du rendement biologique des êtres humains. Le centre réunirait, au point de vue purement médical, les consultations utiles aux divers âges et conditions de la vie. Il ne serait pas organisé seulement par la lutte contre tel ou tel des fléaux sociaux. Son action ne serait d'ailleurs pas exclusivement médicale; il serait doté d'institutions sociales permettant d'apporter aux individus ou aux familles, bénéficiaires éventuels des ordonnances de la médecine, les mesures d'assistance susceptibles de renforcer l'efficacité des disciplines instituées.

En résumé, ce centre médico-social rural serait la conjonction, la réunion harmonieuse d'un centre de diagnostic adapté à la campagne et d'un centre social rural dont nous déterminerons le but et les prérogatives dans la deuxième partie de notre étude.

Précisons maintenant quelle sera la situation, l'action, la structure, le personnel, la gestion d'un tel centre.

1° La situation du centre médico-social rural.

Un tel organisme, un tel équipement médico-social, ne saurait être que cantonal. A l'échelon au-dessous, la commune, il n'y aurait pas assez de clients, et ce serait un gaspillage de forces. A l'échelon au-dessus, l'arrondissement, ce serait déjà trop éloigné pour être d'une utilisation pratique et quotidienne.

D'une façon générale, nous pensons qu'un tel centre doit avoir un rayon de 10 à 15 kilomètres. Il ne serait donc pas placé nécessairement au chef-lieu de canton, mais bien au point central d'une région déterminée, qui peut être le cadre du canton ou tout autre cadre non administratif d'un diamètre de 20 à 30 kilomètres.

Le centre doit être très près de la population qu'il doit toucher. Les intéressés vivent à leur foyer; il n'est pas question qu'ils interrompent leur travail des journées entières pour un examen ou une consultation. Il faut que le centre soit à leur portée, c'est pour cela qu'il faut le situer dans un rayon d'action limité mais rentable et que sa formule soit polyvalente.

2° L'action et la marche générale du centre.

L'action se fera dans deux sens : centripète et centrifuge.

Dans le premier sens, rentrent les cas où les malades pourront aller directement au centre, pour un examen radiologique, pour une consultation de spécialiste ou pour un traitement électrique, etc.

Dans le deuxième sens, rentrent les cas où ce sont les organismes même du centre qui se déplaceront près du malade ou au service du village. Exemples : une radio à domicile, une désinfection des locaux, une visite de l'assistante sociale, une séance de dépistage et de contrôle radiologique à l'école ou à la société sportive, etc.

Etant au service du médecin omnipraticien, les organismes du centre n'auront pas à fonctionner en dehors de lui et à son insu. Ainsi, nul malade ne pourra s'adresser directement au centre pour un cas de médecine générale (d'ailleurs, nous verrons qu'il n'y aura pas un médecin de médecine générale attaché) ou auprès du spécialiste ou du chef de laboratoire pour un examen particulier. Il sera introduit — comme dans la conception française que nous avons déjà précisée du centre de diagnostic — par une lettre de son médecin traitant. Et, après la consultation ou l'examen de laboratoire, il sera chargé d'une lettre personnelle cachetée indiquant soit le diagnostic, soit les modalités du traitement. En aucun cas, le malade ne recevra directement l'ordonnance. Enfin, les médecins traitants de la périphérie seraient chez eux au centre et pourraient, à l'occasion, se servir eux-mêmes de l'équipement.

3° Structure du centre.

Cinq sections peuvent être envisagées, répondant à des buts et des besoins différents :

1re section : Consultations de spécialistes.
2e section : Laboratoires et désinfection.
3e section : Radiologie et électricité.
4e section : Prévention et dépistage.
5e section : Service social rural.

a) *La section de consultations de spécialités courantes.* — Le médecin de campagne a souvent besoin d'une aide spécialisée pour débrouiller un cas, pour confirmer ou préciser un diagnostic. Des examens complémentaires sont indispensables. Le centre médico-social rural doit lui fournir ces possibilités de renseignements.

Aussi, à jours fixes (une fois par semaine), selon les besoins locaux, viendront des spécialistes qui pourront être détachés uniquement pour les centres de l'arrondissement ou du département.

Il y faudrait donc, au moins, un oto-rhino-laryngologiste, un ophtalmologiste, un phtisiologue (qui serait celui du dispensaire), un gynécologue, un dermatologiste, qui assurerait surtout les consultations pour maladies vénériennes. Ainsi à la portée des malades et des médecins traitants, ces spécialistes permettraient à ces derniers une médecine de soins de première qualité.

b) *La section des laboratoires et de la désinfection.* — D'une façon permanente doivent fonctionner les laboratoires. Celui de microbiologie-bactériologie pourra recevoir immédiatement des prélèvements de microbes fragiles (gonocoques, méningocoques) et fournir dans certains cas le résultat d'un examen direct. Celui de chimie biologique devant recevoir et traiter sans attente, certains liquides altérables.

Le fonctionnement de ces différents laboratoires, comme celui de la radio dont nous parlerons à part, sera l'auxiliaire précieux du spécialiste, en se faisant en même temps que les consultations.

D'autre part, en vue de la conservation de certains prélèvements, une glacière doit être prévue au Centre, permettant d'ailleurs la pénicillothérapie.

Enfin, un service de désinfection — décentralisation du service départemental de la Préfecture serait rattaché à cette section des laboratoires.

Ainsi, la désinfection des locaux et des eaux souillées serait vraiment à la portée de tous. D'ailleurs, cette section devra travailler avec la section de la prévention, à la surveillance de l'hygiène à la campagne.

c) *La section de radiologie et d'électricité médicale.* — Trois postes de radio-diagnostic seront nécessaires au Centre. Un poste fixe, moderne, pour la scopie et la graphie. Un poste mobile pour la radioscopie simple, transportable jusqu'au chevet du malade ou de l'accidenté. Un poste de dépistage monté sur camion (camion radiologique).

La section de radiologie sera en service permanent pour le diagnostic de toute affection chirurgicale. A cette section pourraient se rattacher les différents appareils formant l'équipement électrique (ultra-violets, infra-rouges, ondes courtes, diathermie, électro-diagnostic), auquel tout praticien de la région pourrait faire appel.

d) *La section de prévention d'hygiène et de dépistage.* — Hygiène et prévention sont des disciplines qui ont de nombreux points communs. Dans notre centre, elles seront rattachées à la même section. En ce domaine, tout est à faire dans nos campagnes. Si le centre est outillé, il rendra d'énormes services quant aux désinfections qui doivent suivre les maladies contagieuses, quant au contrôle des produits laitiers, de l'eau potable et des aliments et quant aux multiples vaccinations. Le centre sera le point de rencontre du médecin hygiéniste et de l'ingénieur agricole au cours de leurs inspections. Mais c'est surtout la médecine préventive qui nous semble devoir être équipée sur des bases absolument nouvelles. Le service de prévention permettra, en outre, le dépistage de la tuberculose multipliant et améliorant les services que rendaient les dispensaires.

La lutte contre tous les autres fléaux sociaux y sera également organisée d'une manière très efficace. Ainsi, avec le concours du personnel et de l'équipement fourni par le centre en ce domaine, les médecins ruraux pourront faire un travail rationnel et effectif, car il n'y a qu'une seule médecine, il n'y en a pas deux. La frontière qui sépare la médecine de soins et la médecine préventive est trop fluente pour pouvoir être délimitée.

Si le médecin de campagne néglige cet aspect préventif de la médecine, c'est qu'il n'est pas aidé. Le centre médico-social, avec ses différents secteurs, lui sera donc une aide très précieuse.

Il devra, en effet, comprendre :

— les consultations de phtisiologie par un spécialiste qui séjournera quarante-huit heures par semaine et à date fixe;

— l'aide des laboratoires radiologiques et bactériologiques décrits antérieurement;

— le dispensaire ambulant, dont le principe sera le même que celui qui règle actuellement dans les villes le dépistage systématique de la tuberculose dans les collectivités : au lieu de déplacer les individus à examiner vers un centre de radiologie, l'examen est pratiqué au lieu même du travail. La meilleure réalisation nous paraît être l'aménagement de camions radiologiques ou « des remorques-dispensaires » telles que les conçoit le docteur P. Calsac dans la thèse inspirée par le Professeur Joanhon.

> « Cette remorque de huit mètres carrés de surface, d'un prix de revient relativement peu élevé et facilement tractée par une 12 CV. tourisme, n'exige des organismes qu'elle visite qu'une prise de courant de 78 à 250 volts, d'une puissance de 10 ampères environ. Elle se compose de deux compartiments séparés par une cloison plombée :
>
> » La première, réservée au sujet à examiner et au personnel infirmier, est claire et comporte, outre le poste générateur de radiologie, une banquette, un radiateur électrique, une bascule et une porte latérale par laquelle accède chaque patient, lequel vient se placer face à la cloison, le thorax contre un emplacement fenêtré où coulisse l'écran situé de l'autre côté.
>
> » Le second compartiment — cabinet proprement dit du phtisiologue — est obscur, et comprend, outre l'écran et le bras métallique qui permet au médecin de régler les mouvements de l'ampoule et du diaphragme, un fichier, un négatoscope, un casier plombé pour la conservation des films et des cubes pour le développement éventuel. Derrière le médecin examinateur existe, en outre, une large banquette destinée aux médecins désireux d'assister au dépistage, et, le cas échéant, aux malades à insuffler. Ajoutons un radiateur électrique, un ventilateur aspirateur à moteur pour obtenir la climatisation de ce compartiment, et, accessoirement, l'appareillage destiné à la stérilisation d'instruments (aiguilles, seringues, vaccinostyles, etc.), à des analyses et à l'entretien du pneumothorax. » (1).

Et le docteur Angirany, médecin chef du Sanatorium « Les Terrasses » (Hauteville), qui écrit :

> « La remorque peut servir non seulement aux examens radioscopiques, mais à la prise de clichés de contrôle, à des examens de laboratoire sommaires, à des insufflations et à des réactions tuberculiniques.
>
> » L'intérêt de l'application de cette remorque à la prospection des campagnes nous paraît de plusieurs ordres. Sa souplesse et sa

(1) Pour une description plus détaillée, avec reproductions photographiques, voir notre article de « Techniques hospitalières » (n° 7, avril 1946) et pour une étude plus complète de la technique des examens, voir Dr Angirany « Considérations sur la technique et le matériel propres au dépistage radiologique dans les affections pulmonaires ».

légèreté assurent facilement son transport. Elle évite aux communes l'aménagement de dispensaires particuliers et l'achat d'un outillage technique difficilement amortissable. Enfin, elle permet l'unité de la lutte antituberculeuse : mieux que tout autre système, elle assure, en effet, la liaison entre les villages les plus lointains ou les plus dispersés et les organismes centraux de l'armement antituberculeux.

» La remorque-dispensaire, malgré sa mobilité, ou plutôt à cause de sa mobilité, n'est pas isolée, en effet. A elle seule, elle n'est pas le dispensaire, mais une partie détachée et déplaçable du dispensaire. La remorque rend plus actif le dispensaire. Le dispensaire donne à la remorque une activité qui, sans lui, risque de demeurer stérile ou très limitée. Ainsi tous deux se complètent. »

Le dispensaire ambulant serait également mis à la disposition des médecins, inspecteurs scolaires et sportifs dans les communes. Et, selon l'étendue des territoires, la densité de la population, les circonstances locales, en un mot selon les besoins — la « remorque-dispensaire » pourrait être commune à deux ou trois centres circonvoisins.

Enfin, cette section de prévention et d'hygiène serait le lieu de rencontre et de travail des individus et des collectivités qui, à des titres divers, s'occupent d'hygiène et de lutte contre les fléaux sociaux (Croix-Rouge). Et n'oublions point l'importance de l'enseignement éducatif que doit réaliser le centre par les moyens modernes de propagande en faveur de l'hygiène.

e) *La section du service social rural polyvalente.* — Enfin, pour parachever et pour aider les travaux des autres sections, le service social aurait au centre médico-social une place de choix.

Dans la deuxième partie de cette étude, nous préciserons les modalités du service social rural. Nous dirons pourquoi l'assistante sociale rurale doit être polyvalente, à l'image même du centre que nous proposons.

Les assistantes auront leur bureau, leurs fichiers au centre, mais leur lieu de travail sera loin de lui, leur rôle étant de visiter, de prospecter les villages et les familles pour toutes les branches de la Sécurité sociale. Elles seront présentes lors des visites de dépistage du « dispensaire ambulant ». Là encore, selon les régions, il se peut que deux assistantes ne puissent répondre à tous ces besoins : on envisagerait alors la création de plusieurs postes d'assistantes rurales.

Enfin, à cette section pourraient être rattachées certaines activités privées d'entraide et d'assistance (entraide sociale, Croix-Rouge, etc.).

4° Le personnel et les locaux du centre.

Cet organisme devra rendre le maximum de travail avec un minimum de personnel. C'est une question d'organisation rationnelle.

Le personnel comprendrait : outre les médecins spécialistes de la ville, qui n'y seraient qu'à jours fixes (deux par semaine), un chef de laboratoire à résidence fixe pour toutes les recherches chimiques, bactériologiques et biopsiques, un médecin radiologue à résidence fixe pour tout examen radiologique et application d'un traitement électrique.

La présence permanente d'un médecin de médecine générale ne nous paraît pas nécessaire. Le rôle que remplirait celui-ci est dévolu au praticien, comme nous l'avons déjà signalé. Ecoutons les réflexions des docteurs Lemère et Larget, concernant ce problème au sujet des centres de diagnostic urbains. Leur opinion s'applique avec autant de vérité pour notre centre rural :

> « L'intérêt bien compris du malade est de consulter toujours un premier médecin praticien, son médecin de famille. Celui-ci est le plus apte à réaliser, dans le silence et l'intimité de son cabinet de consultation, le « colloque singulier », instrument des meilleures confidences, de la connaissance la plus parfaite du malade; il détient, en outre, bien souvent les secrets du passé individuel ou familial, et ceux-ci importent beaucoup pour l'établissement d'un diagnostic. »

Ces mêmes auteurs continuent :

> « La nécessité de l'intervention préalable du médecin praticien est une notion qui, après avoir été négligée, semble bien s'imposer à nouveau. C'est ainsi que, dans l'institution du « service national de la santé », en Angleterre, les consultations externes des hôpitaux seraient rendues à leur véritable destination de services des médecins consultants et spécialistes, mis à la disposition de tous les praticiens de médecine générale. »

De même d'ailleurs au Canada, où le Comité consultatif pour la Commission de Sécurité sociale laisse à l'assuré « le libre choix de praticiens de médecine générale, ainsi que des médecins spécialistes ou consultants auxquels celui-ci conseille de recourir ».

« Le traitement dans les hôpitaux ou établissements de cures agréés, publics ou privés, ne sera obtenu que sur présentation du médecin de famille. »

D'ailleurs, c'est le praticien qui éprouve le besoin d'une documentation complémentaire. C'est lui qui appelle à l'aide, c'est sur sa demande seule que ces moyens complémentaires de diagnostic doivent être mis en œuvre.

Mais, à côté du personnel strictement médical, le centre doit posséder à demeure :

— une infirmière qui s'occuperait également de l'administration;

deux ou trois assistantes sociales polyvalentes qui dépendraient du centre;

— un aide qui pourrait servir à bien des besognes secondaires mais indispensables. Il pourra servir pour la désinfection après des maladies contagieuses; il pourra être, en outre, le conducteur de la voiture-ambulance qu'il faudra prévoir au centre, ou de camions radiologiques. D'autre part, si on adjoint un établissement de douches pour la population, il pourra en être le gérant.

Selon l'importance et l'activité du centre, il se peut qu'un tel personnel soit insuffisant, ce sera affaire d'expérience.

D'autre part, sur quelle base pouvons-nous partir pour établir l'importance des locaux de ce centre ?

Nous le voyons installé dans un immeuble, dont une grande salle servirait de salle d'attente. Les pièces-bureaux y seraient adjacentes :

— l'une pour l'infirmière et l'administration;

— l'autre pour le service social rural;

— la troisième pour recevoir un médecin d'hygiène ou tout autre personnage en tournée d'inspection;

— la quatrième serait le bureau du médecin-spécialiste consultant. A ce dernier serait contiguës les salles de radio et d'électricité dans lesquelles un bureau particulier serait réservé au médecin radiologue.

D'autres salles au rez-de-chaussée ou au premier étage seraient réservées aux laboratoires de chimie et de bactériologie.

Voici en gros comment pourrait se concevoir l'architecture de notre centre.

5° Financement et gestion.

Il est démontré qu'un tel centre peut fonctionner avec un rendement très suffisant, permettant d'amortir le matériel dans des délais tout à fait normaux.

Pour affirmer cela, nous ne nous appuyons pas sur les expériences américaines, mais sur des initiatives privées déjà réalisées en France. Il est évident qu'aux Etats-Unis une conception différente, mais parallèle — sous le nom de centres de diagnostic — a parfaitement réussi. Mais il faut dire qu'elle a été servie par des conditions fort différentes des nôtres.

Psychologiquement, le médecin américain et le public américain sont beaucoup moins particularistes que le médecin et le public français. D'autre part, le standard de vie est beaucoup plus élevé outre atlantique. Il y a un médecin pour 800 habitants contre un pour 2.000 en France. Cela s'explique par le fait que le malade peut se payer des moyens coûteux — et même les bien portants. La part consacrée à la médecine dans un budget moyen, même dans les milieux ruraux, est importante.

Le docteur Bridgmann rapporte « qu'un Américain trouve tout naturel de payer 15.000 francs pour une appendicectomie et n'hésite pas à se faire faire de temps en temps un examen médical complet qui lui revient à 5.000 francs, simplement pour s'assurer qu'il est en bonne santé ».

Evidemment, nous n'en sommes pas encore là en France.

Quoi qu'il en soit, le centre médico-social rural, répondant à de tels besoins vitaux, doit avoir facilement un budget équilibré pour une marche normale.

Comment vivra le centre ?

— Par les honoraires que versera la clientèle payante libre lors des consultations, ainsi d'ailleurs que les assurés sociaux par l'intermédiaire des organismes de la Sécurité sociale et tous les tiers payants (A.M.G., mutilés, accidents du travail). Exception faite pour les consultations rentrant dans le cadre du dispensaire. Les trois quarts iront au spécialiste, le quart restera au centre.

— Par les honoraires que versera cette même clientèle pour tous les examens de laboratoire et qui iront entièrement au centre.

— Par les fonds des divers organismes officiels ou privés dont dépendent les différents secteurs (Service scolaire, Office public d'hygiène sociale, Assistance publique, Sécurité sociale, Mutualité agricole, etc.).

— Par les subventions diverses d'œuvres privées et des municipalités des communes intéressées.

Mais la grosse difficulté financière ne réside pas tant dans la marche normale que dans la création de ce centre.

Une pareille entreprise demande des capitaux. Ici se pose le problème des locaux, et en particulier l'existence des vieux hospices ou hôpitaux cantonaux dans de nombreux départements. Il nous semble que, dans ce cas, on a tout intérêt à maintenir et à améliorer le secteur hospitalisation médicale ou chirurgicale déjà existant, et à créer à côté un véritable centre médico-social tel que nous venons de le définir. Ce serait résoudre la plus grosse difficulté financière du lancement de ce centre d'autant que l'établissement jouirait encore des lois en vigueur relatives à l'aménagement et à l'entretien des hospices et hôpitaux civils (loi du 21 décembre 1941 et décret du 17 avril 1943, etc.).

Dans ce cas comme dans celui où rien n'existe et où tout est à créer, il nous semble qu'un comité d'administration et de donation comprenant les « bailleurs de fonds » d'une part et les usagers d'autre part devrait se former au canton pour diriger et gérer ce centre médico-social rural.

Les bailleurs de fonds étant les municipalités, les organismes dont dépendent les différents secteurs du centre, les départements — aidés d'ailleurs par l'Etat.

Les usagers étant, d'une part, le public (représenté par les associations familiales et les syndicats agricoles, par exemple), et, d'autre part, les médecins, pharmaciens, dentistes, sages-femmes, assistantes sociales et représentants des diverses œuvres privées d'aide sociale.

Au fond, il s'agirait de réaliser là, par une entente entre les organismes d'Etat, les œuvres officielles et privées une coordination dans le genre de celles qui furent réalisées sur le plan du Service social rural au canton de Bonnétable (Sarthe) et de Saint-Martin-de-Ré (Charente-Maritime), sur lesquels nous reviendrons ultérieurement (1).

Un dernier mot sur ces centres.

---

(1) Signalons ici, à titre documentaire, les réalisations de « centres de santé » prévues en Angleterre par la nouvelle loi sur le Service national de santé. Quelles belles réalisations sont ainsi faites ! Mais, hélas ! quelle fonctionnarisation et quel étatisme qui, en définitive, scléroseront ces centres.

Nous lisons dans un rapport du docteur Decourt, dans le *Concours médical* du 4 janvier 1947, au sujet du référendum médical anglais :

« Ces centres, dont le matériel et le personnel seront payés par l'Etat, mettront gratuitement à la disposition du public, médecins et locaux, en vue des consultations, des appareils et de tout le personnel nécessaire. Il est spécifié, en outre, que ces centres formeront les bases de l'éducation sanitaire de la région. Les conseils municipaux devront équiper les nouveaux centres sanitaires suivant les instructions du ministre. C'est eux qui administreront ces centres. Toutefois, les médecins ou dentistes qui les utiliseront, tout en participant au Service de santé, ne relèveront que des « comités exécutifs », lesquels serviront, à l'occasion, d'intermédiaires entre les médecins et les conseils municipaux. A mesure que ces centres sanitaires se développeront, les médecins du district auront le droit de se servir des salles de consultation et de toutes les facilités fournies par ces centres. Les divers médecins travaillant ensemble dans un centre seront encouragés à former une sorte d'association pour se répartir entre eux les services. »

Nous avons laissé entendre qu'un tel centre était compatible avec l'existence et le fonctionnement d'un hôpital cantonal. Certains médecins que nous avons consultés prétendent même que la chose est indispensable et qu'il faudrait prévoir tous les centres équipés avec une section supplémentaire qui serait l'hospitalisation.

Or, le problème de l'hospitalisation entraîne celui des maternités rurales.

La France dispose pour l'ensemble de son territoire de 14.000 lits de maternité, qui sont surtout groupés dans les villes. Les régions rurales sont dépourvues de toute ressource en cette matière. Depuis plusieurs années, des esprits avertis, tels que MM. les Professeurs Brindeau et Portes, s'étaient penchés sur cette question. Présentement, l'état actuel de l'obstétrique commande de nouvelles réalisations. Ce sont les conclusions du dernier Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française.

Nous pensons qu'un accouchement normal dans un milieu normal est préférable à domicile à condition que l'accoucheur ou que la sage-femme ait la compétence désirable et des techniques modernes dont nous reparlerons au chapitre suivant. Nous verrons que la méthode du Professeur Kreiss et la technique de « l'accouchement dirigé » sont des moyens remarquables pour un médecin accoucheur à la campagne.

Mais il n'en reste pas moins que pour certains cas — de plus en plus nombreux — de dystocies, certaines familles et certaines parturientes, pour des raisons diverses, préfèrent (ou leur médecin préfère pour elles) l'accouchement en clinique ou en maternité.

Incontestablement, une maternité rurale cantonale, dirigée par un bon accoucheur, mais ouverte à tous les médecins et à toutes les sages-femmes, peut rendre d'immenses services, d'autant que les méthodes nouvelles dans l'art de l'accouchement pourront être appliquées. Et nous voyons très bien fonctionner, dans un avenir plus lointain, l'appareil électro-obstétrical du docteur Frédéric Benoit, par exemple, assurant la rapidité, l'analgésie et le lever précoce.

Cette réalisation aurait surtout l'avantage de garantir des conditions d'hygiène et de soins bien supérieures à celles que l'on peut trouver dans une chambre de ferme ou du taudis rural.

Nous pensons d'ailleurs que cette maternité rurale devra être simple dans son installation, car, en principe, elle serait essentiellement destinée à l'accouchement normal et à la petite dystocie : forceps... Les possibilités de stérilisation, le stockage des plasmas et sérums accroîtraient singulièrement la sécurité de l'acte obstétrical, mais à condition que les accouchées ne soient pas mêlées aux autres malades dans des salles communes, ainsi qu'on le voit trop souvent dans certains hôpitaux. La maternité serait un pavillon isolé dans le centre médico-social rural.

L'ambulance du centre pourrait assurer le transport rapide soit des patientes à la maternité ou celui du médecin accoucheur et de ses aides auprès des cas graves intransportables.

Notons aussi que la puériculture trouverait là un excellent moyen d'action, en particulier dans les régions où le lait est rare et de qualité incertaine.

Ce sont là des perspectives pour demain, mais nous pensons que, dès

maintenant, autour des dispensaires et des hôpitaux existants dans nos centres ruraux, on peut tenter ces quelques réalisations.

*
* *

Voici donc structuré ce centre médico-social rural, qui, sur le plan de la médecine curative et préventive et sur le plan social, permettra de pallier à la déficience présente. Il semble qu'il soit urgent de réaliser cette nouvelle organisation pour le bien-être des paysans de France.

Au contact des étrangers que nous avons eu souvent l'occasion d'approcher dans nos activités sociales, il nous apparaît de plus en plus que le niveau de la civilisation d'un peuple est à la mesure de ses réalisations médico-sociales.

IV. — *REPARTITION DES CABINETS MEDICAUX A LA CAMPAGNE*

Avant de terminer ce chapitre sur l'organisation de la médecine rurale, il nous faut dire un mot du problème de la répartition des cabinets médicaux.

Nous avons déjà souligné l'inégalité de cette répartition à travers la France rurale : pénurie dans certaines régions pauvres et éloignées des gros centres, ou pléthore dans d'autres régions productives et riches.

Comment envisager ici la solution de ce problème ? Examinons quelques perspectives qui nous semblent possibles.

1° Une certaine forme d'esprit oblige à penser et à considérer les choses sous l'angle numérique. Quelques partisans de la socialisation et de la fonctionnarisation médicale prétendent trouver la solution du problème en réglementant le travail des médecins; d'autres disent : « Donnons à l'Ordre des médecins tout pouvoir pour répartir le corps médical selon la densité de la population. » Nous avons vu déjà, sous le Gouvernement de Vichy, les médecins obligés de demander à l'Ordre l'autorisation de s'installer. Cette répartition se ferait, en somme, de la même manière que celle des études notariales. Cette perspective ne pourrait être admise que si le libre choix du médecin par le client était respecté, comme il l'est, d'ailleurs pour les notaires.

Et cependant, si l'on veut que le médecin puisse vivre, il ne faudra pas descendre au-dessous d'une proportion d'un médecin par 1.500 habitants, ni dépasser celle d'un médecin par 5.000 habitants.

A ce sujet, le docteur Decourt nous dit, à propos de la nouvelle loi anglaise sur « la distribution des médecins dans le pays », que la succession des clientèles anciennes et la formation de nouvelles à l'intérieur du service public seront réglementées par le « *Comité des clientèles médicales* ». Tout médecin qui voudra entrer dans le service ou changer de région devra demander la permission à ce Comité. Celui-ci devra répondre aux demandes des « *Conseils exécutifs* » locaux au sujet du nombre de médecins dont ils auraient besoin. Cette loi interdit désormais, et cela sous peine de prison, la vente de la clientèle (déguisée ou non). Tout médecin aura droit à une compensation pour cette interdiction.

2° L'intervention de l'Etat serait une deuxième solution. Chargé de former les praticiens, il pourrait faire en sorte que tous les besoins en médecine soient satisfaits dans tout le pays.

L'Etat, aide de l'administration régionale, devra fournir les moyens de fixer les praticiens en vue du bien commun. A côté de leur clientèle, ces médecins, subventionnés, seraient chargés d'assurer tous les services de médecine sociale et d'assistance et recevraient à cet effet des indemnités de déplacement : un logement pourrait même leur être assuré, comme cela a lieu dans certaines communes des Alpes.

D'ailleurs, le jeune médecin, fils de propriétaire, aurait intérêt à se fixer dans son pays d'origine où, tout en exerçant son art, il pourrait surveiller l'exploitation de sa propriété. En outre, connaissant les coutumes et les préjugés des habitants du pays, il jouirait d'une autorité et d'une popularité qui l'aideraient à remplir son rôle social et éducatif auprès des familles.

Ainsi, une répartition plus opportune et plus équitable se ferait dans nos campagnes et permettrait une solide et salutaire organisation de la médecine sociale telle que nous la préconisons en ce chapitre.

CHAPITRE V

CONCEPTIONS D'UN ENSEIGNEMENT ADAPTE AUX FUTURS MEDECINS DE CAMPAGNE

« A nous tous qui détenons une part quelconque de l'autorité, que ce soit dans l'Eglise ou dans l'Etat, dans la famille, à l'école, à l'armée, dans une industrie, dans une fonction publique, partout où nous sommes « plus grands » que nos frères, nous devons justifier notre situation en nous mettant au service des plus petits. »

G. CHEVROT.

Nous avons signalé au chapitre III quelques lacunes de l'enseignement universitaire et hospitalier en fonction de la pratique médicale rurale. Nous voudrions maintenant y porter quelques remèdes adéquats.

Pour ce, il nous semble indispensable d'envisager le problème dans toute son ampleur. Parler de l'enseignement universitaire nous semble insuffisant, car c'est à la fois un problème d'éducation et de formation paysannes qui se pose et un problème d'enseignement médical.

Nous pensons que le véritable médecin rural devrait être, autant que possible, issu du milieu rural, de l'élite paysanne elle-même.

Cela suppose donc le problème de l'enseignement à la portée et en fonction de la paysannerie. Ce sera l'objet de la première partie de ce chapitre.

Nous envisagerons ensuite certaines modifications qui pourraient être apportées à l'enseignement officiel en fonction des besoins et des techniques de la médecine rurale.

Enfin, pour compléter cette étude, nous dirons notre pensée sur certaines réalisations possibles intéressant la formation post-universitaire du médecin praticien.

I. — *L'ENSEIGNEMENT PRE-UNIVERSITAIRE*

« La Terre ne vit que des vertus qu'elle engendre. »

Jean YOLE.

Nous partageons entièrement l'opinion émise par le docteur RICHARD, qui écrit dans sa thèse *Rôle social du médecin de campagne :*

« Le médecin rural doit être non seulement médecin prêt à toutes

les éventualités professionnelles, mais aussi paysan et paysan éclairé. Il serait éminemment souhaitable que tous soient d'origine terrienne et aient eu une éducation faite en milieu rural. Cela pose le problème extrêmement important des collèges secondaires ruraux, seuls réellement capables à l'avenir de préparer les futurs notables du monde rural qui soient de vraies élites spécifiquement paysannes. »

Cette opinion est d'ailleurs partagée par de nombreux éducateurs ruraux. Actuellement, il existe plusieurs initiatives privées telle que le « Collège paysan » de Mamers.

En réalité, comment se pose cet enseignement pré-universitaire?

Nous avons souvent constaté que des fils de propriétaires aisés étaient envoyés dans les collèges pour obtenir une culture secondaire. Quelques-uns, après avoir passé leur baccalauréat, se dirigent vers la médecine, le droit, le notariat ou les grandes écoles. Mais la majorité interrompt. ses études bien avant la classe de première.

Quoi qu'il en soit, l'expérience nous montre que la plupart reviennent chez eux avec une formation dont ils ne voient aucun rapport avec leur vie quotidienne, et qu'ils sont « déruralisés » d'une façon dangereuse. Ils forment souvent les « pseudo-intellectuels » de nos villages, qui se croient plus forts que les jeunes paysans restés chez eux, mais ayant acquis une certaine formation dans les mouvements de jeunesse ou par des cours agricoles suivis par correspondance.

Notre ami S. H. de La Teyssonnière écrivait en 1945 à ce sujet, dans la revue *Terroir*, ces lignes pleines de vérités :

« On peut dire que la formation secondaire que le futur propriétaire terrien a reçu ne le préparait en rien à son rôle futur »,

et plus loin il dénonçait l'erreur de

« ... préparer indifféremment à Polytechnique ou à la gestion de 500 hectares. »

Nous pensons donc que l'enseignement secondaire actuel n'est pas adapté aux jeunes ruraux et que la solution réside dans la création de *collèges secondaires paysans* qui pourraient être des pourvoyeurs de médecins, de vétérinaires, de notaires, d'instituteurs à vocation paysanne et de chefs paysans.

C'est dans ce but que des prêtres, éducateurs ruraux, ont fondé le Collège de Saint-Paul de Mamers (Sarthe). Celui-ci fait bénéficier le jeune rural de l'enrichissement d'une formation secondaire classique qui affine et élargit l'esprit, tout en le laissant dans les perspectives de la vie rurale.

C'est Henri Pourrat qui disait :

« Cela s'est vu autrefois : des hommes qui traduisaient Horace et qui sur le champ de foire connaissaient à tous les signes la meilleure laitière. »

Les directeurs de l'Ecole de Mamers ont écrit eux-mêmes :

« Quels grands ruraux ne ferait-on pas, cultivés, compétents, en penchant quelque peu jusqu'à eux les trésors que la pensée humaine a accumulés depuis des siècles, en leur faisant redécouvrir dans la vie de la terre le vrai climat de l'humanisme, retrouver ses sour-

ces en ces vastes réserves de fraîcheur et de profondeur que créent dans l'âme la communion étroite avec la nature, la familiarité avec le silence, l'habitude des possibles cadences d'une activité accordée aux rythmes primordiaux de l'existence. »

Mettre à la disposition du jeune rural une culture qui ne serait pas un déchirement avec la vie, mais qui lui donnerait tout son sens, qui l'épanouirait, en véritable humanisme terrien, une véritable civilisation paysanne... voilà le but du Collège de Mamers.

Il semble que cette formule soit particulièrement opportune pour la formation de chefs paysans et de ceux qui pourraient être les tenants des professions libérales rurales (1). Cet essai du Collège paysan de Mamers ne rejoint-il pas d'ailleurs ce que Henri Pourrat écrivait :

« C'est dans les collèges ruraux qu'on devrait pouvoir faire le mieux les humanités. Car toutes les anciennes civilisations sont paysannes, la formation de l'humanité est paysanne. Moïse, Homère, Virgile, aux champs, reprennent une vie nouvelle à la température du sang. Partant de cela même qu'ils connaissent de tout près ce qui est leur, on voit bien comment des garçons, qui resteraient des terriens, s'élèveraient mieux que d'autres à la connaissance de la terre, de l'univers, des lois, des civilisations, de la sagesse. »

Nous pensons que des jeunes gens ayant fait leurs études secondaires dans de tels collèges seraient particulièrement qualifiés pour devenir des médecins paysans.

Sans aller jusqu'à penser, avec le docteur Richard, qu'il serait « indispensable que le médecin rural soit en même temps propriétaire terrien, gérant son bien », et qu'il aurait ainsi « des notions plus exactes sur la valeur des choses et du travail de la terre », on peut admettre que le fils d'un médecin de campagne aurait tout intérêt à succéder à son père. Il connaîtrait les coutumes et les mœurs du pays. Le grand philosophe Henri Bergson regrettait de n'avoir pas eu le temps d'étudier la métaphysique, dont certains faits bien constatés restaient pour lui troublants. Nous pensons que le fils d'un médecin hériterait naturellement de la confiance qu'aurait inspirée ce dernier. Les paysans croient fermement à la transmission de secrets thérapeutiques dans les familles, et le fils du médecin bénéficierait de cette croyance. D'autre part, il aurait l'incontestable avantage d'avoir touché, senti, vécu les difficultés, les servitudes et la grandeur de l'état de médecin. Il saurait sur quel terrain il s'engage et il serait particulièrement bien orienté pour entreprendre ses études médicales universitaires et hospitalières dont nous allons maintenant parler.

II. — *L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE*

— Absence possible de pratique concernant la petite chirurgie et l'obstétrique;

---

(1) D'autres projets sont à l'étude concernant l'enseignement supérieur rural (projet des professeurs Lucien Gachon et Marcel Legant, des Ecoles d'agriculture d'Angers et de Purpan).

— Absence de formation psychologique et sociale concernant, d'une part, le malade de clientèle, et, d'autre part, le milieu rural...,

... telles étaient les déficiences de cet enseignement que nous avons soulignées précédemment.

Par quels moyens pouvons-nous y remédier ?

Ceux-ci se présentent à nous sous deux formes.

*
* *

Pour répondre à l'absence possible de pratique de la petite chirurgie et de l'obstétrique, nous envisagerons une modification du programme universitaire et des stages hospitaliers qui permettront de mettre dans les mains du praticien des « techniques » qui, sans être propres au milieu rural, seront très souvent employées par les médecins ruraux.

Les solutions préconisées doivent porter remède à la fois à l'aspect trop théorique des livres et des leçons magistrales et à l'insuffisante expérience apportée par la pure réalité clinique.

1° La décentralisation des études médicales et les stages internés.

Le docteur Vincent a écrit sur ce sujet de fortes pages dans le *Jardinier des hommes*.

Il rappelle qu'aujourd'hui la quasi-totalité des médecins français est formée dans quelques grands centres comme Paris, Lyon ou Bordeaux.

Cette congestion des grands centres est peu favorable à la pratique médicale. C'est ainsi que s'explique l'encombrement hospitalier, si préjudiciable aux malades et aux étudiants.

L'auteur cité plus haut écrit :

> « Il est nécessaire de réserver les services des professeurs de clinique à l'enseignement supérieur en dirigeant sur les petits services ou sur les hôpitaux de petites villes l'enseignement propédeutique. »

Incontestablement, il y a nécessité de pratiquer un enseignement par petits groupes.

> « Il est nécessaire que persiste une faculté de médecine par région. A cette faculté seraient rattachés des centres secondaires ou écoles de médecine, situés dans de petites villes pourvues d'hôpitaux et dans lesquelles s'effectueraient obligatoirement les trois ou quatre premières années d'études. »

En réalité, il y aurait deux cycles d'études. Le premier dans les écoles de médecine et les hôpitaux des petites villes — et les étudiants de ce cycle rempliraient ainsi obligatoirement certaines fonctions d'externes. Le deuxième dans les villes de facultés — et les étudiants de ce cycle rempliraient certaines fonctions d'internes.

Les postes titulaires d'internes et d'externes étant maintenus.

Ainsi serait réalisée l'idée souvent émise de « stages internés » dans les dernières années de médecine. Les étudiants seraient affectés comme

« résidants » dans les services. Le matin, ils assisteraient à la consultation externe et y prendraient une part active; l'après-midi et la nuit, ils apprendraient la médecine et la chirurgie d'urgence.

C'est un peu le système américain, où ces écoles sont très nombreuses; elles ont un petit nombre d'étudiants; la plus célèbre, celle de Harvard, à Boston, n'a que 110 à 120 étudiants, qui, très rapidement, sont tous individuellement connus.

L'étudiant sort d'un collège où il a fait ses humanités. Pour entrer dans une école de médecine, il subit un bref examen de tenue générale, d'antécédents. Après cinq années d'études, l'étudiant reçoit un diplôme de médecin praticien, mais, dans 44 Etats sur 48, ce diplôme ne suffit pas et, pour exercer la médecine, il faut avoir été interne pendant un an.

Le stagiaire diplômé fait une demande pour être nommé interne (40 demandes pour 20 places); les meilleurs sont choisis par les professeurs qui les connaissent et dont la volonté de sélection s'inspire du souci du destin de l'école.

2° La fusion entre l'enseignement de la faculté et la préparation des concours.

Cela permettrait, non l'externat et l'internat obligatoires, ce qui est leur négation, mais une préparation obligatoire commune. Ceux qui n'auraient pu réussir aux concours ou qui n'auraient pas voulu s'y présenter jouiraient à l'hôpital de stages bien organisés. En réalité, la pléthore étudiantine est le gros obstacle.

Cette initiative, demandée d'ailleurs par certains professeurs — tel le Professeur René Debré — sera un premier pas vers la suppression de la dualité facultés-hôpitaux, qui existe souvent — au détriment des étudiants.

Ces améliorations permettraient ainsi à tous les étudiants de faire un meilleur apprentissage de leur métier. Il y a certaines « techniques » qu'ils posséderaient et qui leur rendraient bien des services dans la pratique quotidienne de leur clientèle future.

Ces techniques, les médecins de ville peuvent parfois s'en dispenser, ayant tout près d'eux les spécialistes, les laboratoires et les cliniques désirables. En milieu rural, un médecin est amené à réduire et à immobiliser des fractures, à poser un forceps, etc. Il est omnipraticien dans le sens plein du mot. En particulier, en obstétrique, le médecin de campagne doit être un médecin accoucheur. Il faut qu'il sache que des méthodes modernes d'accouchement sont à sa disposition et qu'il peut faire du travail excellent.

Nous ne reparlerons pas de méthode électro-obstétricale que nous verrons peut-être un jour dans les maternités des centres médico-sociaux ruraux. Nous ne voulons pas anticiper ici sur l'avenir, mais nous parlerons de choses réalisables.

Nous estimons personnellement, avec le docteur Marmasse et le docteur Bucher — bien que cette opinion soit loin d'être partagée par tous les obstétriciens — que les méthodes de l'accouchement dirigé peuvent être utilement mises en œuvre en milieu rural. L'analgésie est à la mode en

matière obstétricale; toute la clientèle féminine réclame à cor et à cri « l'accouchement sans douleur ».

Dans un milieu rural où l'accouchement a lieu à domicile sans infirmière ni aides autres que des proches, deux procédés se disputent actuellement la faveur :

— la spasmalgine, préconisée par le Professeur Kreiss, que l'on peut associer à la post-hypophyse, après rupture artificielle des membranes, dès le début de la dilatation;

— la méthode de Delalande, qui combine l'administration d'une dose élevée de post-hypophyse avec une anesthésie générale au chlorokélène.

Nous pensons que la technique de l'accouchement dirigé du Professeur Kreiss devrait être connue de tous les médecins ruraux. Un étudiant en fin de scolarité devrait avoir eu une certaine pratique en ce domaine. Le médecin gardera ainsi bien en main toute une clientèle de femmes et de petits enfants qu'en vrai médecin de famille il suivra longtemps, sans interruption et en connaissance de cause.

Il se peut que le principe même de l'accouchement dirigé heurte nos idées reçues. Nous avons été pénétré de cet enseignement que la plupart des infections puerpérales étaient dues à un apport extérieur. Il semble pourtant que nous soyons obligé de reviser nos conceptions.

Nous allons donner ici un rapport du docteur Bucher sur sa pratique de l'accouchement dirigé en milieu rural. Il nous semble saisissant.

> « Médecin de campagne, je ne saurais évidemment prétendre à l'alignement d'une statistique sur celle d'une maternité de grand centre; qu'il me suffise de montrer que l'accouchement, même celui que l'on prévoit difficile, reste du domaine de l'omnipraticien.
>
> » 133 accouchements ont été « dirigés » systématiquement à partir du moment où je me suis trouvé au chevet des femmes en couches. Or, cette direction ne consiste pas tant à provoquer une dilatation accélérée du col en vertu de théories histophysiologiques non universellement admises, qu'à obtenir d'une mère dont les suites restent normales un enfant aussi peu traumatisé, aussi vigoureux que possible, et ce en un temps minimum avec aussi peu de souffrance qu'il se peut.
>
> » A ce titre, l'accouchement à domicile a mauvaise réputation, à tort sans doute, car, durant les trente mois écoulés, je n'ai pu noter, sur les 133 accouchements, qu'une phlébite variqueuse d'une durée de six jours; une pelvi-péritonite apparue un mois après; une endométrite du quatrième au dixième jour du post-partum; enfin un syndrome clinique d'infection puerpérale non vérifié bactériologiquement, étendue du quatrième au vingt-deuxième jour du post-partum. En comparaison, parmi mes clientes de retour de diverses maternités, je relève six cas d'abcès du sein, une hémorragie tardive par rétention d'un cotylédon avec anémie intense et une pelvi-péritonite compliquée de néphrite aiguë.
>
> » Quant aux enfants, et mis à part 2 jumeaux morts avant tout travail, 147 sont venus vivants au monde, et sur ce total 137 sont aujourd'hui vivants. »

Le docteur Bucher détaille que les décès n'ont rien à voir avec l'accouchement (broncho-pneumonie, hérédo-syphilis, prématurés, ostéomastoïdite...). Et il ajoute :

> « La technique de l'accouchement dirigé revient essentiellement à diriger l'accouchement sans le forcer, avec le résultat d'une relative analgésie. Il revient aussi à obtenir une délivrance rapide et complète. L'accouchement ne peut être utilement accéléré tant que le col n'est pas réellement effacé, exception faite des grandes multipares. »

Et l'auteur de démontrer en détail par plusieurs observations cliniques l'opportunité de la méthode dans les divers cas de bassin normal avec bonne ou mauvaise constitution du segment inférieur, de bassin rétréci au détroit supérieur chez les primipares et les multipares, présentation de l'épaule, etc., et de conclure :

> « Promptitude, minimum de douleur et de fatigue maternelle, minimum de dystocie, rareté des interventions, vigueur du nouveau-né, délivrance simple, suites de couches non compliquées, tels sont les grands avantages de l'accouchement dirigé. A la campagne, à domicile, ce devrait être la vraie technique de l'accouchement entre les mains du praticien. »

A nos yeux, nous avons là un exemple typique de ces « techniques » utiles aux médecins ruraux. Nous voudrions qu'elles soient données aux étudiants — ainsi que des cours se rapportant aux problèmes que nous avons déjà envisagés concernant les maladies autochtones du milieu rural ou, du moins, se rencontrant très souvent en milieu rural.

Dans ce cadre doit rentrer un enseignement quasi vétérinaire, un enseignement de l'hygiène et de la prophylaxie à la campagne.

*
* *

A côté de cette absence de pratique, nous avons à solutionner le manque de formation psychologique et sociale concernant, d'une part, le malade de clientèle, et, d'autre part, le milieu rural.

Trois solutions peuvent être envisagées :

— les centres interprofessionnels d'études rurales,

— le diplôme de médecine rurale;

— les stages chez les médecins de campagne.

Qu'est-ce que le centre interprofessionnel d'études rurales?

La première réalisation date de mars 1945. Elle est née de la collaboration du docteur Pierre Joannon, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, et de plusieurs étudiants en médecine actuellement praticiens ruraux (Pierre Richard et Louis Sauvé, du Mouvement Pierre Neuve).

> « Le but de ce centre est d'accroître la valeur des jeunes, qui, étant donné le métier qu'ils ont choisi, se proposent de vivre et de travailler à la campagne. Les moyens employés sont des recherches

et échanges de vues susceptibles de leur mieux faire comprendre et leurs obligations professionnelles et l'ensemble de leurs devoirs sociaux. »

Il s'agit en somme d'un organisme d'enseignement complémentaire, à la fois actif et mutuel, permettant aux adhérents de se préparer aussi bien que possible à concevoir, vouloir et promouvoir une meilleure protection de la population rurale.

« Trois caractéristiques sont à retenir, dont l'association atteste la nouveauté de l'effort entrepris :

» 1° Le mouvement a pour animateurs des « cadets » qui, guidés par quelques anciens, établissent le programme des études et invitent des personnes qualifiées à venir exposer ce que l'expérience leur a appris.

» 2° Un lien s'établit au cours même des réunions et des recherches entre élèves de diverses disciplines; en outre, l'activité du centre peut être utile à des travailleurs de toutes sortes, qui désirent perfectionner leur propre savoir et contribuer à l'élaboration d'une doctrine de progrès rural.

» 3° Les études sont conduites dans des conditions telles que sont systématiquement examinés les aspects économiques, psychologiques et sanitaires des problèmes envisagés. »

Ce centre parisien a pour siège l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris. La création de centres provinciaux est à l'étude.

Les moyens d'information actuellement prévus sont des réunions, des enquêtes, des prospections ou classements documentaires et éventuellement des visites collectives.

Une liaison fructueuse est instituée entre divers organismes s'occupant de questions rurales. Les journées d'études se font avec le concours d'élites qualifiées du milieu rural (Famille rurale, Confédération générale de l'Agriculture, Action catholique rurale, Génie rural, Ministère de l'Agriculture, Services agricoles, Eaux et Forêts, Ecole nationale vétérinaire, Hygiène sociale, etc.).

Le recrutement des adhérents présente une nécessaire diversité. L'énumération suivante, d'ailleurs incomplète, donne une idée du grand nombre d'écoles qui fournissent ou devraient fournir au centre d'études rurales des animateurs que l'ardeur de leur esprit social promet à l'élite de leur génération :

Facultés de médecine, de pharmacie, de droit et de lettres; Ecoles vétérinaires, Institut agronomique, Ecole nationale de génie rural, Ecoles d'agriculture, d'horticulture; Ecoles laitières, Ecole des sciences politiques, Ecole des beaux-arts (en particulier, architecture), Ecoles normales d'instituteurs, Ecoles dentaires, Ecoles de sages-femmes, d'infirmières, d'assistantes sociales; Ecoles ménagères, Institut de technique sanitaire (arts et métiers), Institut d'urbanisme, Ecole des ponts et chaussées, Ecoles de chimie, Ecoles d'électricité.

Le programme du centre touche ainsi à tous les problèmes intéressants le milieu rural.

Ainsi, parmi les sujets à l'ordre du jour d'une année, nous relevons : la vie de la femme à la campagne, l'équipement sanitaire du village, l'équipement sanitaire de la femme isolée, partage et remembrement, motorisation, coopération, santé et productivité du bétail, service social rural.

Naturellement, ces différentes études ne sauraient dispenser chaque école de son enseignement propre, mais celui-ci pourra gagner en valeur dans la mesure où, par une préparation large et claire, il orientera vers elles de bons esprits.

Demain, ces esprits seront à l'avant-garde du progrès social dans nos villages. Les médecins ruraux ainsi formés pourront alors constituer vraiment une élite rurale.

Le diplôme d'études médicales rurales.

La création de ce diplôme a été demandée par plusieurs animateurs du centre d'études rurales. Il a eu son crédit auprès de nombreux professeurs, de médecins et de praticiens ruraux.

Il permettrait de sanctionner un ensemble de connaissances données aux cours de la faculté et du centre d'études rurales. D'autre part, chaque année, un concours de thèses ou de mémoires originaux consacrés à des sujets de médecine rurale pourrait être prévu pour l'ensemble de la France. Ces concours seraient réservés aux titulaires du diplôme et donnerait droit à des bourses ou prêts d'installation.

Les stages chez des praticiens ruraux.

Ces stages permettraient de remédier à ce manque de formation psychologique, à ce manque d'habitude de la médecine de clientèle que nous avons déjà soulignés.

Deux sortes de stages peuvent être envisagés : le stage d'information et le stage pratique.

Dans le cadre du *stage d'information*, nous placerons les initiatives du docteur Richard et du Centre interprofessionnel d'études rurales de Paris. Des étudiants, en fin de scolarité, sont venus faire des stages volontaires chez le praticien. Ils en sont repartis enchantés des découvertes faites pendant leur séjour. Ils ont suivi le médecin dans ses tournées, au lit du malade. Ils ont découvert ce qu'était une clientèle rurale, ce qu'était la vie des paysans, ce qu'était la médecine de campagne, et, enfin, ce que pourrait être le rôle social du médecin rural.

Dans cette forme de stage, l'étudiant n'est pas un assistant, il n'a donc pas à être payé, c'est lui-même qui paie sa pension journalière au médecin qui l'héberge. A ce sujet, on pourrait d'ailleurs envisager la création de bourses pour ces étudiants désireux de parfaire leur connaissance et leur comportement au contact du réel. Ces étudiants, ainsi que les praticiens ruraux qui accepteraient de prendre ces stagiaires, peuvent se faire connaître au C. I. E. R. de Paris ou des villes universitaires possédant un de ces centres.

On pourrait concevoir encore le stage de l'étudiant sous un angle plus pratique. Le stagiaire serait alors un assistant qui, aidant le médecin dans son contact permanent avec le malade, viendrait ainsi parfaire ses techniques pratiques, son savoir médical et son apprentissage du métier. On

peut concevoir de tels stages en clientèle, obligatoires en fin d'études, comme le font d'ailleurs les étudiants en pharmacie au commencement des leurs.

Mais, pour être efficaces, ces stages semblent devoir se réaliser chez les omnipraticiens volontaires, sans quoi on risque d'avoir des déboires.

Ainsi, ces quelques modifications apportées à notre enseignement universitaire paraissent nous donner toutes les possibilités de former des médecins à vocation rurale.

Mais nous ne saurions terminer cette question d'enseignement sans rappeler ici nos soucis humanistes précisés dans les premières pages de cette étude. En effet, si des améliorations doivent être apportées à cet enseignement en vue de la formation des médecins de campagne, il en est qui touchent aussi bien à la formation des médecins de ville. Il faut, en un mot, que ces améliorations soient orientées vers la connaissance de l'homme total et de la médecine totale, selon la méthode et l'opinion du docteur Gros (2).

***

III. — *L'ENSEIGNEMENT POST-UNIVERSITAIRE*

Tous les jours, et parfois la nuit, le médecin de campagne parcourt les routes dans son auto ou sur sa moto. Une vie fatigante le prend à chaque instant, surtout s'il veut remplir un rôle social et efficace. Comme tous les engagés dans l'action temporelle, il est de plus en plus absorbé. On ne peut toujours donner sans recevoir soi-même intellectuellement. Tel est le drame de tous les hommes d'action. C'est celui de bien des médecins ruraux. Il faut donc leur donner les moyens qui leur permettent de maintenir et d'accroître leur culture générale et leurs connaissances médicales. Chaque jour, de nouveaux problèmes sociaux et économiques se posent. Chaque jour, de nouvelles thérapeutiques se présentent. Il est nécessaire que le médecin de campagne soit au courant de tout et que, par conséquent, un enseignement — ou plus exactement une information et une formation post-universitaires — lui soit donné.

On pourrait les lui assurer d'abord par :

— la création d'une revue médico-sociale rurale, qui serait le lien entre tous ceux qui prennent des initiatives personnelles au service de la santé paysanne. Ce serait un carrefour très enrichissant, qui permettrait des réalisations multiples;

— la fondation d'une académie régionale des praticiens ruraux, qui permettrait au médecin de participer aux travaux scientifiques et à la recherche dans le domaine médical. Un confrère de l'Indre nous écrit à ce sujet :

« Au point de vue médical, la génétique est à l'ordre du jour.

---

(2) *Concours médical* du 8 février 1947, chronique « Médecine et Monde moderne ».

Personne mieux que le médecin de campagne n'est placé pour étudier l'hérédité des familles. Une enquête bien faite sur certains sujets de cet ordre donnerait du prestige à notre catégorie médicale qui souffre, elle aussi, du complexe d'infériorité paysan. »

Comme une telle fondation peut paraître assez difficilement réalisable, nous proposons la constitution d'équipes de jeunes médecins ruraux qui, sans être forcément d'une même région, pourraient mettre en commun leurs expériences et leurs travaux. Ainsi, dans le Lot, quelques médecins, surpris de voir le nombre élevé de jeunes gens sujets à l'hypertension et au goitre, ont résolu de se communiquer leurs observations et leurs réflexions. Il en est de même du problème de l'alimentation paysanne, qui vient d'attirer l'attention de plusieurs praticiens français décidés à mettre leurs travaux en commun.

A ce sujet, le docteur Richard nous écrit :

« Il faut organiser la recherche scientifique rurale et faire la somme des connaissances dans le domaine de la médecine rurale, à l'usage des étudiants du diplôme de médecine rurale ou des praticiens désireux de se perfectionner. Nous convions donc tous nos confrères à la rédaction en commun d'un manuel de pathologie et de médecine préventive rurale. »

Les anciens membres du Centre inter-professionnel d'études rurales seraient tout désignés pour créer ces équipes de travail particulièrement efficaces. Ces dernières auraient, d'ailleurs, tout intérêt à s'élargir aux autres professions rurales pour l'étude de problèmes qui ne sont pas spécifiquement médicaux (3).

* * *

Voici donc esquissée la maquette de cet enseignement nouveau, qui nous paraît indispensable à la formation sérieuse des médecins de campagne, et nous pourrions mieux méditer ces phrases d'un jeune médecin rural :

« Nous ne sommes plus à l'époque où un médecin pouvait se fabriquer à coups de bâton; pourvu qu'il possédât une mémoire capable de retenir quelques mots de latin et suffisamment d'à propos pour les produire au moment psychologique..., le médecin est, avant tout, un homme, et un homme complet..., et cette nécessité est fort heureuse, car elle garde le médecin de la routine, de l'enlisement, du desséchement, elle le maintient ouvert sur tous les aspects de la vie...

» Ce qui fait le propre du médecin, c'est son savoir dans les choses humaines..., le médecin lit dans les corps et un peu dans les âmes les secrets les plus intimes...

» Comment voulez-vous que le monde rural n'attende pas beaucoup de lui ? »

---

(3) Signalons des réalisations en ce sens dues au Mouvement Pierre Neuve.

DEUXIÈME PARTIE

MÉDECINE SOCIALE

LA MÉDECINE EN FONCTION DU PAYSAN ÊTRE SOCIAL

« Chaque fois que l'on fait quelque chose qui a l'homme comme objectif, on ne peut pas ne pas être dirigé par l'idée qu'on se fait de la nature de l'homme. »

Dr Biot.

L'homme est un être social. Robinson Crusoé n'existe que dans l'artifice d'un roman...

Nous avons déjà précisé que le paysan était façonné par une communauté familiale, par une société professionnelle et par une société civile.

Famille, profession, village... sont les cadres de vie de l'homme de la terre qui est un Etre social.

En feuilletant les pages de l'histoire, on s'aperçoit que l'homme a toujours eu besoin de l'aide d'autrui.

Dans les milieux patriarcaux, en cas d'infortune ou de misère, l'aide et le secours étaient fournis par l'ensemble de la famille ou par les voisins et amis. Les confréries religieuses subvenaient aux autres besoins.

Dans l'artisanat au Moyen Age, et dans certaines petites industries du siècle dernier, c'était encore le patron ou sa femme qui, en cas de maladie, assurait ou faisait assurer les soins et donnait les secours nécessaires.

Aujourd'hui où, même dans les milieux ruraux, il n'y a plus, comme autrefois, des contacts directs et familiaux entre l'ouvrier et le patron, ce sont des collectivités qui subviennent aux misères humaines.

Il est vrai qu'actuellement les conditions sociales influencent nettement la santé de l'homme, à tel point qu'il n'est pas exagéré de parler des causes sociales des maladies, voire des fléaux sociaux.

C'est une idée chère au docteur Biot, qui, dans ses écrits, précise qu' « il est extrêmement difficile, quasi illusoire même, de s'appliquer à guérir les individus isolément, tant la qualité du milieu familial importe au bon équilibre physique et moral, et tant une organisation générale des soins est nécessaire pour lutter efficacement contre les ennemis collectifs de la santé ».

Ainsi donc, l'Etat, chargé de la sauvegarde du bien de chacun et du bien communautaire, ne peut pas se désintéresser de la santé publique ni de ce qui la protège.

D'ailleurs, parmi les droits de l'homme et du citoyen qui viennent d'être réaffirmés en plusieurs circonstances en ces dernières années, la Déclaration de 1946 reconnaît le droit à la santé.

Ce droit avait été maintes fois affirmé par l'Eglise, et, bien avant 1946, l'on pouvait lire dans les Encycliques que l'homme a droit à la vie physique, donc à la santé, et qu'il faut respecter la santé.

> « Pour atteindre normalement sa fin, l'homme, c'est-à-dire une âme dans un corps (et dont toute la vie psychique est conditionnée par la vie physique), doit disposer d'un corps sain. »

Nous retrouvons ce principe exposé dans l'article 22 de la Déclaration de 1946.

Il peut ainsi se résumer : Tout l'homme a droit au respect de sa dignité humaine, et celle-ci n'est vraiment respectée que si l'individu peut atteindre son plein développement physique, intellectuel et moral. Or, l'intégrité physique ne peut être obtenue que si l'on respecte la vie et que si l'on assure la santé de l'homme. Et celle-ci n'est à son tour pleinement garantie que si chaque individu :

— est mis à l'abri de la maladie par une subsistance assurée, une hygiène et une prévention également assurées,

— et, quand la maladie survient, est en mesure de se soigner et de se défendre contre les conséquences de cette maladie.

L'article 23 de la Déclaration précise : « La protection de la santé dès la conception, le bénéfice de toutes les mesures d'hygiène et de tous les soins que permet la science, sont garantis à tous et assurés par la nation. » C'est là l'énoncé du principe de l'égalité de tous devant la maladie. Seulement, autant il est facile de proclamer un droit — autant il est difficile de rendre ce droit accessible à tous.

Mais, si l'Etat a le droit de sauvegarder la santé des citoyens, il y a des limites à l'intervention de ce droit. « Une politique de la santé publique, écrit le docteur Biot, n'est vraiment humaine que si elle se met au service de la personne humaine, libre servante elle-même de l'esprit. »

Donc, les collectivités ou l'Etat ont eu à solutionner les problèmes posés par la maladie, ses causes et ses conséquences. C'est ainsi que des lois de sécurité, d'assistance et de service social se sont multipliées au cours du xx^{e} siècle.

Il y a eu les lois, et les organismes suscités par ces lois, de l'Assistance publique, de l'Assistance médicale, pour ceux qui se trouvent dans l'impossibilité physique de pourvoir aux nécessités de la vie. Elles assurent au malade indigent le lit, la nourriture et les soins médicaux, mais ne s'occupent pas de rechercher les causes de son indigence ni d'y remédier.

Il y a eu les lois, et les organismes suscités par ces lois, de l'Assistance sociale, dont l'objet a été surtout de réintégrer le malheureux dans une situation où il puisse se passer de secours.

Certaines applications de cette législation complexe sont en pleine trans-

formation avec le plan de Sécurité sociale fixant le régime applicable aux assurés.

L'objet de cette deuxième partie est simplement d'étudier quelles sont les applications des lois médico-sociales en milieu rural, quels doivent être le but et l'organisation du service social rural; et enfin ce que doit être une sécurité sociale agricole.

Nul n'ignore comment le législateur oublie le paysan et comment la plupart des lois sur le travail comme sur la santé ont été élaborées en fonction de la vie urbaine et, disons-le, de l'ouvrier citadin. La terre ne s'en accommode qu'autant qu'elle est comparable à l'usine — et elle l'est si peu ! C'est souvent par ricochet qu'elle en reçoit le bénéfice... au détour du chemin !

C'est M. Vialatoux qui, aux Semaines sociales de France à Rennes, en 1924, disait :

> « On sait que les mots « et agricoles » qui terminent l'article 3 de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels furent ajoutés en séance, sur une intervention heureuse et pour combler, en dernier moment, cette grave lacune du projet. »

Et, à ce sujet, Jean Yole dit encore :

> « Il y a gros à parier que les retraites ouvrières et paysannes n'ont été paysannes que parce qu'elles ont été ouvrières. »

Il suffit de rappeler la loi de 1898 sur les accidents du travail, qui n'a été étendue au monde agricole qu'en 1924, et les lois de prévoyance sociale qui s'adaptent mieux aux besoins de l'ouvrier qu'à ceux du paysan.

De l'arsenal législatif sur l'armement médico-social et sur la Sécurité sociale, nous étudierons les déficiences dans leurs applications à la campagne. Le cas échéant, nous donnerons l'orientation d'une nouvelle législation paysanne demandée par les paysans et par les médecins des paysans.

CHAPITRE PREMIER

APPLICATIONS DES LOIS MEDICO-SOCIALES A LA CAMPAGNE

« Le bien portant sera toujours paternaliste ou, mettant les choses au mieux, maternaliste. Fort de son intégrité, il se penche — c'est le mot usuel — au chevet de son frère malade. S'il se penche, c'est qu'il est plus haut, qu'il montre une supériorité. Nous touchons au problème douloureux de la pitié — ce cancer secret que d'un commun accord les hommes évitent. Il y a une pitié qui avilit, qui insulte, et dont je conçois qu'elle engendre, au lieu de la reconnaissance, le ressentiment...

» L'amour a une autre violence que votre pitié, spasme de remords passagers et d'attention éphémère. »

Joseph Folliet.

Nous n'envisagerons ici que les lois et les organismes suscités par ces lois qui demandent des modifications ou une plus grande diffusion dans leurs applications en milieu rural.

Par contre, nous réserverons le problème des Assurances sociales agricoles pour le chapitre consacré à la Sécurité sociale agricole dont il dépend, et nous y verrons quelles sont les modifications à y apporter, ainsi d'ailleurs que les changements à faire dans l'application des allocations familiales et de la loi sur les maladies professionnelles.

L'étude critique de l'armement médico-social rural que nous allons faire se limitera aux problèmes des hôpitaux ruraux, de la protection contre les maladies contagieuses, de la lutte contre les fléaux sociaux (tuberculose, alcoolisme, maladies vénériennes et prostitution), de la protection de l'enfance et de la jeunesse, de la protection de la mère et de la famille, de l'assistance aux vieillards et de la politique de l'habitat et de l'hygiène rurale.

LES HOPITAUX CANTONAUX

Lorsque nous avons esquissé le centre médico-social rural, nous avons souhaité que ce centre coexiste avec les hôpitaux et hospices du chef-lieu de canton. Nous souhaiterions que la législation en faveur des centres hos-

pitaliers soit élargie au bénéfice des centres ruraux. Chaque canton pourrait avoir un petit hôpital fonctionnant à côté du centre médico-rural, qui permettrait de parer aux cas d'urgence, médicaux et chirurgicaux survenus dans la région. Cette idée est développée par les Professeurs Rochaix et Tapernoux dans leur manuel *Hygiène des milieux ruraux :*

> « Dans nos campagnes, il existe fréquemment, au moins dans les villages importants, des hospices provenant de legs et donations, souvent fort anciens. Ils rendent les plus grands services au point de vue de l'assistance. Parfois, il y a quelques lits de médecine et une petite maternité. Il faudrait les aménager et les multiplier. »

Notons également que, déjà en 1923, le docteur Dequidt, chef du Service de contrôle au ministère de l'Hygiène, avait établi un plan d'organisation hospitalière qui comportait un hôpital cantonal.

Grâce à l'existence de ces hôpitaux, complétés par les centres médico-sociaux ruraux, tout malade de la campagne, même la plus reculée, pourrait ainsi recevoir les soins nécessaires avec le minimum de retard.

Nous rappelons que ces centres hospitaliers cantonaux devraient jouir des avantages accordés par les lois en vigueur relatives aux hôpitaux et aux hospices (loi du 21 déc. 1941 et décret du 17 juin 1943).

LA PROTECTION CONTRE LES MALADIES CONTAGIEUSES

Toute la législation mise en vigueur à cet effet n'est guère appliquée en milieu rural. Toute une éducation serait à faire auprès des conseillers municipaux et des maires, qui, en général, ne connaissent ni leurs devoirs ni leurs pouvoirs sur ce point. C'est ici, d'ailleurs, que l'on comprend toute l'importance du rôle éducatif du médecin auprès des paysans.

Sur le plan de l'organisation de cette protection et de la coordination des pouvoirs, il semble que le centre médico-social rural ait un rôle primordial à jouer avec ses sections d'hygiène et de désinfection. Car, faire la déclaration des maladies contagieuses n'est pas tout. Avoir des lois exigeant la désinfection des locaux n'est pas suffisant. Il faut donner aux agents exécuteurs les moyens matériels indispensables, et si la désinfection à la campagne est si souvent défaillante, c'est parce qu'elle est matériellement impossible.

Les maires ont à veiller à tout ce qui intéresse la salubrité publique et à prendre toutes dispositions nécessaires à prévenir les maladies contagieuses et épizootiques. Ils ont à surveiller l'état des ruisseaux, des étangs, des mares et des puits. Ils trouveraient auprès des centres médico-sociaux, équipés pour répondre à leurs appels, le plus précieux des concours. Ceux-ci assureraient, non seulement la désinfection périodique des écuries, étables, abreuvoirs... Leur équipe, rendue rapidement sur les lieux, dispenserait les solutions antiseptiques adaptées (crézylol sodique, phénol, solution acide de sublimé, solution de chloramine, solution d'acide sulfurique, solution de sulfate de fer et de cuivre, formol, etc.) ou, pour les locaux fermés, les désinfectants gazeux (anhydride ou gaz sulfureux, chlore, vapeur de crésyl, gaz de formol, etc.).

Une lutte scientifique et efficace contre les parasites à la campagne pourra alors être entreprise. Jusqu'à présent, rien de pratique n'a pu être réalisé contre les rats, les mouches et les moustiques transmettant les maladies à l'homme et aux animaux, tout en provoquant des dégâts dans nos exploitations. Les centres auront la possibilité d'assurer le désherbage, le faucardement, le pétrolage, faire en un mot de l'entomoprophylaxie.

Il nous paraît donc que l'existence d'un centre médico-social est la meilleure réalisation pratique pour que la protection contre les maladies contagieuses puisse être appliquée en milieu rural.

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Le grand moyen de lutte contre la tuberculose devrait être d'inculquer à tous les Français les notions d'hygiène et de les amener à les mettre en pratique.

Présentement, la lutte antituberculeuse se résume par :

— les dispensaires pour le dépistage et les soins;

— les sanatoriums et les préventoriums pour l'isolement et les soins;

— l'œuvre Grancher pour défendre l'enfance de la contagion;

— la vaccination au B. C. G.

Ces moyens de lutte sont-ils efficaces en milieu rural ?

La lutte contre la tuberculose dans ce milieu présente un double aspect : elle vise, d'une part, la lutte chez les animaux, et en particulier chez les bovidés, et, d'autre part, chez l'homme. Ce sont les Professeurs Rochaix et Tapernoux qui ont fait justement remarquer que « la tuberculose humaine d'origine bovine constitue un problème rural ». Nous avons étudié ce cas pathologique dans la première partie de cette thèse; parlons maintenant de la seule prophylaxie.

Notons d'abord que la lutte contre la tuberculose animale doit comporter :

— la protection des milieux indemnes en éliminant tout nouveau sujet suspect;

— en recherchant systématiquement la réaction à la tuberculine (méthode danoise de Bang);

— en vaccinant par le B. C. G.:

— en abattant toute bête présentant des lésions évolutives et en surveillant celles qui pourraient être suspectes;

— enfin, des mesures d'hygiène appropriées doivent être prises aussitôt : désinfection et meilleur aménagement des étables.

Cette lutte contre la tuberculose bovine est codifiée par la loi du 7 juillet 1933 et le décret du 29 septembre 1935.

Etudions maintenant les modalités d'application en milieu rural de la lutte contre la tuberculose humaine.

1° Les dispensaires.

Nous avons déjà eu l'occasion de préciser nos pensées et de formuler les plaintes des praticiens ruraux sur le fonctionnement actuel de ces dispensaires : insuffisance de leur nombre; qui touche trop peu de malades. Pour assurer un dépistage correct et des soins sérieux, nous préconisons le centre médico-social rural avec sa section de prévention, son laboratoire, son service social et sa remorque-dispensaire, réalisation que nous avons précédemment décrite en détail.

2° Les sanatoriums et préventoriums.

Ils sont nettement insuffisants pour l'ensemble du territoire français. A la fin de 1938, on comptait 186 sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires et 41 pour tuberculeux extra-pulmonaires. Au début de 1944, on disposait de :

22.400 lits en sanas pour pulmonaires;
10.500 lits en hôpitaux spécialisés pour tuberculeux;
6.500 lits pour tuberculeux osseux et ganglionnaires.

Ce sont là chiffres bien insuffisants, comme on va le voir par un simple rapprochement. Le traitement en sana est, en moyenne, d'un an ou un an et demi. Sur cette période, ce sont 90.000 tuberculeux qu'il faut soigner. Or, nous disposons de 30.000 lits environ de sanas de cure (22.400 + 6.600); car nous ne comptons pas les lits d'hôpitaux où l'on ne fait que passer. Il nous manque donc les deux tiers des lits qu'il nous faudrait.

D'autre part, dans le recrutement des malades de ces établissements, on a tendance à admettre par priorité les citadins, les ruraux pouvant jouir plus facilement de cure d'air.

Aussi, nous demandons un effort plus grand de la part de l'Etat et des collectivités pour multiplier les sanatoriums et les préventoriums indispensables pour des malades discrètement atteints. Parmi ces établissements, un certain nombre pourrait être réservé aux jeunes ruraux afin d'y recevoir une formation d'humanisme paysan.

3° Œuvre Grancher.

Nous ne dirons rien de particulier de *l'œuvre Grancher*, si ce n'est qu'elle doit être ouverte aux enfants des campagnes comme à ceux des villes.

***

Quant à la *vaccination par le B. C. G.* (bacilles Calmette-Guérin), certains auteurs voudraient la rendre obligatoire pour tous les milieux. Des travaux récents (1940) permettent aujourd'hui de procéder par incisions de la peau ou scarifications cutanées. Il est actuellement démontré que cette vaccination est sans danger et vraiment efficace. Depuis 1921, plus de 2.000.000 de vaccinations ont été faites en France, et bien davantage encore à l'étranger. Avec le recul du temps, il est permis d'affirmer l'innocuité et l'efficacité du B. C. G.

La démonstration la plus éclatante de cette efficacité dans la prévention de la tuberculose a été apportée par de tristes expériences faites au cours de la guerre, en Autriche, sur l'homme même. Un certain nombre d'enfants anormaux ont été éprouvés par injection de bacilles tuberculeux virulents, après qu'une partie d'entre eux avaient été vaccinés par le B. C. G. Seuls, ces derniers ont échappé à l'éclosion des lésions tuberculeuses. L'Institut Pasteur, qui rapporte ces faits, ajoute :

> « On éprouve un sentiment pénible à la pensée que de tels essais ont pu être conçus et exécutés, mais, puisqu'ils l'ont été, nous avons le droit d'en faire état. »

Avant de terminer ces lignes, nous voulons dire que la recherche des cuti à l'école rurale est un des moyens efficaces de lutte. C'est peut-être un problème d'inspection médicale scolaire, mais nous pensons devoir le signaler ici en faisant état de l'observation du docteur Durand, qui, en 1943, 1944 et 1945, a, au cours de ses deux séances annuelles d'inspection médicale dans les écoles de quatre communes rurales, pratiqué des cuti à la tuberculine. Sur 510 petits terriens, il a eu une proportion de 19,5 % de cuti positives, et il a pu trouver que, sur ces 100 enfants positifs, 72 avaient vécu ou vivaient en contact avec des cracheurs de B. K. (40 fois parents directs : frères ou sœurs, 28 fois grands-parents, 4 fois dans le milieu professionnel : café, restaurant, salon de coiffure).

Ces résultats permettent d'abord de suivre l'enfant, et ensuite de détecter à domicile le poste clandestin de contamination. Le docteur Durand conclut en disant : « appliquée systématiquement et obligatoirement, la cuti rendrait d'incalculables services ».

D'autres mesures ont été proposées dans cette lutte en milieu rural :

— *La déclaration des causes de décès*, car la première difficulté à laquelle on se heurte est le manque de données statistiques exactes. On ne sait pas exactement quelle est l'étendue de la mortalité tuberculeuse rurale. Des circulaires ministérielles ont établi les conditions de ces déclarations, mais en réalité elles ne sont pas rentrées en vigueur dans la plupart de nos villages. Il devrait y avoir obligation de constater et de déclarer tout décès de la part du médecin dont les honoraires devraient être payés par les municipalités.

— *Rôle des assistantes sociales*, prolongeant l'action du médecin, contrôlant l'habitat et les conditions de vie de la famille du tuberculeux.

— *Protection des campagnes contre l'immigration* non contrôlée des tuberculeux contagieux.

— *Lutte contre le taudis rural et l'alcoolisme*, dont nous reparlerons; maladie et vie sociale étant choses interdépendantes.

En conclusion, les efforts entrepris depuis des années ont donné d'intéressants résultats, mais surtout en milieu urbain. Il semble que presque tout soit encore à faire en milieu rural, que tout soit possible par l'intermédiaire du centre médico-social, mais que la lutte n'a pas encore été suffisamment portée sur le terrain social et éducatif.

LA LUTTE CONTRE LES MALADIES VENERIENNES ET LA PROSTITUTION

Ces maladies sont redoutables, non seulement pour l'individu qui en est atteint, mais aussi pour ses enfants et pour la collectivité tout entière. En raison de leur extension, les maladies vénériennes sont un fléau social. Et ce fléau atteint les campagnes comme les cités industrielles.

La blennorragie, de temps immémorial; la syphilis, depuis la Renaissance, exercent leurs ravages dans tous les pays. Elles ont une recrudescence en Europe depuis la guerre de 1914-1918.

En France, la Commission de prophylaxie du ministère de l'Hygiène a établi en 1920 le bilan suivant :

— la syphilis atteignait un dixième de la population (3.920.000 Français des deux sexes);

— 20.000 enfants mouraient chaque année dans le sein de leur mère;

— chez les hérédo-syphilitiques nés vivants, le taux de mortalité était de 50 % dans le premier semestre de la vie, de 2,5 % dans le deuxième semestre et de 11 % à l'âge de 10 ans;

— 40.000 avortements au moins chaque année étaient le fait de la syphilis;

— dans les hôpitaux, 40 % des malades en traitement pour des affections chroniques relevaient de la syphilis, et dans les asiles d'aliénés le quart des pensionnaires était victime du tréponème. Une enquête plus récente du docteur Touraine a confirmé ces chiffres, estimant de 150.000 à 180.000 les morts provoquées par la syphilis en France annuellement, et à 4.000.000 le nombre de syphilitiques vivant dans notre pays.

Quant à la blennorragie, si on ne peut fournir de chiffres exacts, on peut affirmer qu'elle est beaucoup plus fréquente que la syphilis, les dispensaires antivénériens donnant chaque année des consultations par centaines de mille aux malades atteints de blennorragie.

Comment se présente la lutte devant ce fléau ?

Jusqu'au XX^e^ siècle, on était arrivé à vivre avec la syphilis comme avec un parasite à peu près normal de la société et dont on n'a pas pratiquement à se défendre. C'est Fournier qui montra que ce n'était pas là une petite affection cutanée assez banale, mais qu'elle constituait un terrible mal. Les premiers dispensaires antivénériens datent de cette époque (1903).

Présentement, l'armement antivénérien dépend du ministère de la Santé publique, et les traitements des vénériens sont assurés dans les services hospitaliers et dans les dispensaires spécialisés dirigés par des médecins syphiligraphes.

A côté du dispensaire, se trouve le service social antivénérien, dû à Spillmann (mort en 1941), qui le réalisa à Nancy.

L'activité de l'assistante sociale en ce domaine doit porter sur l'éducation du malade, sur la surveillance de la continuité, de la régularité du traitement et du contrôle de la guérison sur la recherche de l'agent contaminateur et des personnes ayant pu être contaminées, enfin sur l'aide sociale apportée au malade et à sa famille.

D'autre part, les principes fondamentaux de la législation antivénérienne portant sur l'obligation du traitement de la part du malade et sur les déclarations à effectuer de la part du médecin sont codifiés par les lois des 29 novembre 1939, 19 mars 1940, 31 décembre 1942, 20 juillet 1943.

Comment cette législation et cette lutte sont-elles applicables au milieu rural ?

En général, il n'existe pas de dispensaire antivénérien à la campagne, même dans les gros centres. Le problème de ce dispensaire doit, à notre sens, se résoudre comme celui du dispensaire antituberculeux. La solution sera le centre médico-social rural, où une ou deux fois par semaine un médecin syphiligraphe viendra faire ses consultations et sera équipé avec le laboratoire du centre.

Quant à l'assistante sociale polyvalente attachée au centre, elle fera la prospection et le contrôle adéquat pour son secteur territorial déterminé.

D'autre part, les déclarations obligatoires de maladies pourraient se faire directement au centre.

Nous ne saurions arrêter là les mesures qui, même en milieu rural, sont indispensables pour arrêter le fléau social des maladies vénériennes.

Il y a un aspect tout autre du problème. Le docteur Biot écrit à ce sujet :

> « Nous disons bien : débauche, et pas seulement maladies vénériennes. Tenter de s'opposer à la diffusion de la blennorragie et de la syphilis, alors qu'on se refuserait à lutter contre l'organisation quasi officielle de la luxure est aussi vain que de s'épuiser à remplir le tonneau des Danaïdes. Et, pourtant, que d'hygiénistes en restent systématiquement à ce stade ! »

C'est tout le problème de la prostitution qui est ici en jeu. Il serait vain, en effet, que des institutions comme les dispensaires et le service social antivénérien, s'efforcent à faire régresser ce fléau social si, à côté, le législateur continue à accumuler des erreurs démagogiques qui peuvent le développer facilement.

Nous pensons que la récente loi du 13 avril 1946 tenant à la fermeture des maisons de tolérance et à la répression du proxénétisme sera, si elle est vraiment appliquée, un moyen efficace pour lutter contre le mal vénérien. Ecoutons M. Robert Prigent, ministre de la Population :

> « C'est la lutte contre le péril vénérien, avec ses conséquences individuelles et sociales, qui m'a engagé à prévoir la fermeture des maisons de tolérance. Contrairement à ce que certains pensent, les maisons closes ne présentent aucune garantie sanitaire. On constate, au contraire, et les faits sont là, que le plus fort pourcentage de contamination vient des femmes en maison. Vu les contacts sexuels constamment renouvelés, la maison de tolérance est le foyer de la contamination en série. »

C'est ainsi, d'ailleurs, que les statistiques révèlent qu'au Val de Grâce 24,4 % des cas provenaient des maisons de tolérance; 39 % des femmes en cartes; 27 % des rapports privés. Or, étant donnée la faible proportion des femmes en maison à Paris, qui sont 1.400 en face des 80.000 prostituées clandestines, le pourcentage des malades provenant des maisons de tolérance est beaucoup plus fort.

Ce sont également les conclusions de l'expérience de Grenoble où, depuis de nombreuses années, les maisons étaient fermées par ordre de la municipalité : le résultat est indiscutable, le nombre des maladies vénériennes est fortement tombé.

Il était vraiment scandaleux de tolérer d'un côté ce qu'on combattait de l'autre. De plus, le système réglementaire de la mise en carte est supprimé. Depuis la fermeture, de nombreuses prostituées sont rentrées dans la vie normale, d'autres sont dans des maisons d'accueil et de rééducation. A ce sujet, le Cartel d'action morale et sociale communique que, d'après les enquêtes portant sur 519 cas de prostituées, 93 femmes ont repris effectivement un travail, 154 ont exprimé le désir de travailler, 21 se sont mariées ou ont repris la vie commune, 11 sont réparties dans leur pays ou leur ville, 92 ont déclaré vouloir se reposer, 84 ont exprimé l'intention de continuer la prostitution, et un carnet sanitaire leur a été remis, 64, qui étaient des anciennes filles en cartes veulent faire « le trottoir ».

Ainsi, le nombre de femmes ayant continué à se livrer à la prostitution représente seulement 22 % du nombre total.

Notons enfin que, par cette mesure énergique, la France ne fait que suivre l'exemple donné par 46 nations, dont l'U. R. S. S. et la Grande-Bretagne.

Nous devions parler de cette lutte contre la prostitution, car celle-ci existe en milieu rural. De très nombreux chefs-lieux de canton avaient des maisons de tolérance, et la législation doit être intégralement appliquée dans les communes rurales comme dans les grands centres urbains.

Soulignons également que la lutte contre l'immoralité publique a sa place dans le cadre de la lutte contre le péril vénérien. Il faut avoir le courage d'attaquer tous les problèmes à la fois. Et, en ce domaine, toute une législation et toutes initiatives sont au pouvoir des maires de nos communes, depuis l'interdiction de mise en vente de publications pornographiques jusqu'à l'interdiction des spectacles pouvant porter atteinte à la moralité publique.

Concluons sur ce problème en soulignant que la lutte contre le péril vénérien est encore l'objet de l'éducation sanitaire. Mais celle-ci ne saurait en aucune façon se réduire à un pur eugénisme. Elle rentrera dans le cadre de l'éducation morale et de l'éducation générale.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

La France bat le record du monde du nombre de débits de boissons : 508.053 en 1936, soit 1 pour 80 habitants. Certains départements ont déjà plus de débits que de naissances.

La France bat aussi le record du monde de la consommation d'alcool absolu par tête et par an : nous étions en 1939 à 20 l. 5. Dans le milieu rural, l'alcoolisme est un véritable fléau, non seulement parce qu'il y est très répandu, mais parce qu'une partie très importante de la production agricole est destinée à être transformée en alcool.

L'alcoolisme est vieux comme le monde. Mais le sol de France étant généreux, favorable à la vigne, il n'est pas difficile de comprendre qu'il

y a là un terrain facile pour l'alcoolisme. Dans les pays à monoculture viticole, surtout dans le Midi, le vin et la production de l'alcool représentent souvent l'unique source de revenus. Et, dans les régions où l'on cultive surtout la pomme de terre, la betterave, le blé..., tout l'excédent des récoltes est employé très souvent à la fabrication d'alcool. A ce sujet, le Professeur Rochaix rappelle :

> « ... que la production augmente aux dépens de celle des produits agricoles et incite les cultivateurs à consommer le vin et l'alcool distillé qu'il produit, d'autant plus que, dans les pays de vignobles, il possède un privilège, le privilège des bouilleurs de cru, grâce auquel il a droit à 10 litres d'alcool pur ou 20 litres d'eau-de-vie en franchise, qui lui permet, grâce à la fraude, d'en consommer des quantités bien supérieures. »

Des statistiques dressées par le Comité d'hygiène de la Société des Nations montrent que les pays ruraux font une consommation plus grande d'alcool que les pays industriels. A la campagne, la barrique est à la portée de la main. Le paysan a pris l'habitude d'étancher sa soif au vin. Les quantités de vin absorbées pendant le travail des champs sont énormes. Aucun acte social, aucun marché, ne s'accomplit sans boire. Des hameaux qui n'ont ni boucher, ni boulanger, ont leur débit de boisson. Rappelons ici des faits rapportés par le Professeur Debré au Comité médical de la Résistance en janvier 1944.

D'abord, l'enquête faite par Auvigne est concluante : « Le vin est la cause principale de l'alcoolisme du rural; il boit le vin de sa récolte, dont la sincérité garantit pour lui l'innocuité. »

L'Alsace, la Champagne, la Bourgogne, les pays de la Loire, le Bordelais, chacune de ces régions a sa zone d'influence et de diffusion respective. Quant au « gros rouge » du Midi, il se répand partout et s'offre à étancher généreusement la soif de tous les ouvriers agricoles de France.

Ainsi le vin fait autant de dégâts que l'alcool. Actuellement, sur 10 alcooliques, il y en a 6 par le vin et 4 par l'alcool (Charrier). Un homme qui absorbe chaque jour deux litres de vin à titre moyen de 9° absorbe en trois jours autant d'alcool qu'il y en a dans un litre d'eau-de-vie commerciale titrée à 55°.

Mais le vin n'est pas seul à intoxiquer la campagne. Presque partout, en effet, l'alcool s'ajoute au vin.

Les médecins ruraux voient quotidiennement les résultats de cet état de chose, en particulier dans les régions viticoles.

L'alcoolisme est en relation directe avec trois états pathologiques qui peuvent aller à la mort : la cirrhose, certaines maladies de cœur, le delirium tremens.

Les départements qui présentent la plus forte mortalité alcoolique sont : la Normandie et la Gironde. Et l'on est frappé de voir dans certaines campagnes combien de jeunes sont victimes d'une hérédité alcoolique. Non seulement les enfants des grands buveurs meurent prématurément en proportion très élevée, mais ceux qui survivent sont souvent de tristes échantillons de l'espèce humaine. Les troubles les plus fréquents sont ceux qui portent sur les centres nerveux : idiotisme, imbécillité, arriération

mentale, débilité. Et, sans aller jusqu'à cette dégénérescence, de nombreux enfants d'alcooliques feront des enfants difficiles à élever ou moralement défaillants, qui viennent fournir le contingent des non-valeurs et des ratés de toutes les classes. Nul n'ignore non plus les multiples délits et crimes commis sous l'influence de l'alcool. Ainsi, certains pays étrangers font, dans leurs statistiques criminelles, la discrimination des crimes et délits commis à la campagne et à la ville. Dans une année, en Angleterre, dans les districts ruraux représentant 15 % de la population totale, on trouvait que les cas de viols et de délits sexuels y représentaient 37 % du nombre total; les cas d'agression, 30 %, et les cas d'enfants mal traités, 30 %.

Des mesures sont donc à prendre et de toute urgence en raison même de l'époque présente.

Les Français, et notamment les ouvriers et même les cultivateurs, sont actuellement privés de leurs boissons alcooliques. Leur tendance à boire s'est trouvée réfreinée pendant quelques dures années. Le peuple français est comparable à un toxicomane sevré. Il faut persévérer pour obtenir sa guérison. Sans doute les restrictions actuelles sont excessives, on devra certes revenir à un usage modéré du vin et des spiritueux, mais à tout prix il faut éviter la licence à laquelle nous étions habitués.

Comment se présente dans les milieux ruraux la lutte antialcoolique ?

Pour être efficace, elle doit être amenée selon un plan d'ensemble qui tienne compte de la complexité du problème. Il faudra surtout agir sur le plan social.

a) *Une politique de logement salubre.* — Tant que l'homme ne pensera pas avec plaisir à rentrer chez lui, il sera attiré par le cabaret.

b) *Suppression des privilèges des bouilleurs de cru.* — Ce privilège étant dans le droit que possède tout propriétaire de vigne ou d'arbres à fruits de fabriquer de l'alcool avec le produit de ses récoltes sans payer aucun droit, à condition de consommer cet alcool. D'autant que cet alcool est fabriqué très souvent d'une façon primitive et qu'il est plein d'impuretés toxiques.

Nous pensons que, sans attendre le changement des mœurs, une législation ferme doit être prise. Un début de répression se fait jour depuis la loi du 20 juillet 1940, la loi du 4 novembre 1940 et la loi du 21 septembre 1941, qui touchent au privilège, aux débits de boisson et à la classification des boissons en catégories.

c) *Réduction du nombre des débits de boisson à la campagne,* quoique, dans les populations rurales, le nombre des débits est moins élevé que dans les pays à population industrielle. Mais en revanche, dans les pays de vignobles et d'arbres à fruits, il existe davantage de bouilleurs de cru.

d) *Suppression de la réclame en faveur des boissons alcooliques.*

e) *Lutte contre les préjugés populaires relatifs à l'alcool.* — A la campagne plus qu'en ville, subsiste toujours la conviction que l'alcool nourrit, réchauffe et est un excellent remède. On cite qu'en Normandie, il n'est pas rare de voir des mères donner un morceau de sucre avec de l'alcool au tout-petit qui ne veut pas s'endormir, ou bien donner de fortes rasades d'eau-de-vie à de jeunes enfants pour les purger, pour tuer les vers ou

pour les fortifier. On cite également le cas classique des repas familiaux où les enfants reçoivent comme les adultes leur part de boisson alcoolique « pour les faire grandir ».

Il y a là toute une éducation paysanne à faire et à commencer dès l'école, d'une part, et le rôle d'un service social qui pourra être éducateur tout en apportant une assistance à la famille, d'autre part (1).

f) Enfin, un plan de plusieurs années doit être envisagé par le législateur, portant surtout sur des réformes agricoles, mais aussi économiques et sociales. Ce plan devrait comporter un chapitre important sur les débouchés ouverts à l'alcool dont le sol de France permet une si grande fabrication.

Après bien des techniciens, le Professeur Debré s'est penché sur ce problème et a écrit :

> « D'abord, il faut mesurer la grandeur du problème. Quelques chiffres en montrent toute l'étendue : 1.500.000 Français cultivent 1.550.000 hectares de vignes; 500.000 autres travailleurs (tonneliers, verriers, bouchonniers) dépendent de la viticulture. L'Afrique du Nord, en particulier l'Algérie, a une importante industrie vinicole. Certes, s'il faut détourner une partie de ses citoyens de leur activité présente, il faut par contre indiquer que la production du vin ordinaire, des bons vins de table, des spiritueux de qualité, restera un des patrimoines importants de notre économie. Mais comment diminuer ou résorber l'excédent ? Comment répondre, d'autre part, aux besoins du consommateur ? Par un plan de dix ans, qui comprendra : une politique agricole dirigée, une économie industrielle dirigée (emploi de l'alcool), une modification au commerce des boissons, une politique sociale du logement, une politique médico-légale nouvelle, une politique éducative. »

Nous rappellerons simplement les deux grandes lignes maîtresses d'une politique de l'alcool :

— le développement de la consommation des fruits et des jus de fruits;

— l'intensification de l'utilisation industrielle de l'alcool.

Le jour où le législateur voudra appliquer ces principes, nous serons certain que la lutte antialcoolique sera efficace sur tout le territoire français.

LA PROTECTION DE L'ENFANCE RURALE

L'enfance a depuis longtemps préoccupé les éducateurs et les législateurs. L'utilité d'une protection de l'enfance s'impose à l'esprit le moins averti des questions sociales avec une telle acuité que de longues phrases sur ce sujet sont superflues. Mais si tous nous sommes persuadés de la

---

(1) Signalons que le relèvement et la guérison des buveurs sont entrepris par des méthodes adaptées de la Ligue de la Croix-Bleue (Suisse) et de la Ligue nationale contre l'alcoolisme, dont le siège social se trouve à Paris, boulevard Saint-Germain.

nécessité impérieuse qu'il y a de protéger l'enfance, combien sont vagues nos idées sur les méthodes à employer. Là encore, la législation existante est souvent peu ou mal appliquée, en particulier dans nos villages. Des suggestions particulièrement intéressantes ont été portées par M. Mathis dans sa thèse sur l'*Organisation rurale de la protection de l'enfance* (Strasbourg, 1940).

Une classification s'impose dès le début.

Nous parlerons d'abord de la protection du nourrisson, ensuite de la protection de l'enfant d'âge scolaire, enfin nous envisagerons les cas des enfants abandonnés et anormaux.

1° La protection des nourrissons.

Le problème qui domine est celui de la mortalité infantile. Nous entendons par là l'ensemble des décès, des enfants qui meurent en naissant (morti-natalité) et de ceux qui succombent au cours de la première année de la vie. Cette mortalité est encore trop forte en France : en 1938, sur 630.138 naissances, le chiffre des mort-nés a été de 22.258 et celui des enfants morts au cours des douze mois de 40.113, soit un total de 62.371 enfants (10 %).

Le docteur Suzanne Anselme, en 1935, avait conclu que les taux de mortalité infantile en départements urbains avaient été en quatre ans de 10,50 % et en départements ruraux de 7,24 %. M. Mathis, dans sa thèse, précise que, pour la seule année 1936, le taux de mortalité infantile en milieux urbains a été de 7,1 % et le taux en milieux ruraux de 6,2 %. D'autres chiffres ont été donnés concernant la morti-natalité. En 1936, en milieux urbains, son taux s'élève à 3,7 %, et, en milieux ruraux, à 3,2 %.

C'est là un fléau social incontestable et qui n'a fait que s'accroître pendant ces dernières années de privation.

Les causes de cette mortalité infantile dans nos campagnes ont été maintes fois étudiées et sont très bien connues. Qu'il nous suffise de citer pour la morti-natalité, anobstétricale et obstétricale : la syphilis, le surmenage pendant la gestation chez les femmes travaillant aux champs, la consanguinité, la toxémie gravidique par alimentation trop riche, les présentations vicieuses, les traumatismes obstétricaux, fréquents à la campagne, le manque de surveillance prénatale (2). D'autre part, citons pour la mortalité des tout jeunes enfants : le péril alimentaire avec tous les troubles digestifs liés à une mauvaise alimentation (gastro-entérite aiguë, gastro-entérite chronique) ou dus aux laits infectés par le colibacille et autres germes protéolytiques. Notons encore le péril constitué par toutes les maladies infectieuses aiguës ou chroniques (coqueluche, rougeole, broncho-pneumonie, diphtérie, méningite) (3).

---

(2) Soulignons ici les remarquables études de : Leboulanger, *Enquête sur la protection de l'enfance dans les milieux ruraux de la Seine*, 1937; Cruveilher, Leclainche et Moine, *Il faut organiser la lutte contre la morti-natalité à la campagne*, 1935.

(3) Voir l'intéressant et documenté ouvrage de MM. Debré, Joannon et Crémieux-Alcan sur *La mortalité infantile et la morti-natalité* (Paris, Masson, édit., 1932).

Connaissant le fléau et son étiologie, voyons comment on en peut organiser pratiquement la lutte en milieu rural.

Nous retiendrons la nécessité des consultations prénatales, des consultations de nourrissons, des centres de « goutte de lait », des assistantes sociales, pivots de cette lutte. Nous rejetterons comme inadaptés en milieu rural les centres d'élevages, les crèches, les pouponnières, les garderies, les maisons de l'enfance, qui ne peuvent rendre de services que dans les centres urbains.

Nous mentionnerons ultérieurement dans l'étude de la protection de la mère les assistances aux femmes en couches.

a) Les consultations prénatales qui n'existaient jusqu'ici que dans les centres où se trouvaient des dispensaires ouverts à cet effet sont devenues quasi obligatoires pour toutes les femmes enceintes. En effet, les Assurances sociales ont exigé de leurs adhérentes de se faire visiter à trois époques différentes de leur grossesse par leur sage-femme ou leur médecin. D'autre part, l'établissement de la carte de ravitaillement spéciale aux femmes enceintes exige de celles-ci les mêmes visites prénatales.

Nous espérons que cette mesure restera définitive, même après la disparition de cette carte d'alimentation, car nul ne peut méconnaître l'importance des visites prénatales pour la santé de la mère et l'avenir de l'enfant.

b) Les consultations de nourrissons doivent être étendues dans toutes les communes depuis le décret-loi du 3 novembre 1939. L'assistante du centre médico-social pourrait se déplacer dans les villages et assurerait la consultation avec le médecin praticien.

Notons à ce sujet les réalisations du docteur Robin, médecin inspecteur de la Santé dans le Rhône, qui, avec l'aide d'œuvres privées, a établi dans ce département 71 centres de consultations rurales de nourrissons, soit 3 ou 4 centres par canton.

c) L'œuvre de la « Goutte de lait », si nécessaire aux villes pour la distribution du lait pasteurisé, ne pourrait être réalisée que dans les centres médico-sociaux ruraux. La population de la localité y pourrait se ravitailler, et ce n'est qu'exceptionnellement que les mères de famille des villages éloignés pourraient s'y adresser.

d) Il découle de toutes ces initiatives que l'assistante sociale aura un rôle de premier plan à jouer dans cette protection du nourrisson. Le service social rural aura là un vaste programme à remplir, comme nous le verrons dans le chapitre suivant.

2° La protection de l'enfant d'âge scolaire.

Cette protection doit être envisagée sous le double aspect de la vocation rurale et de la santé.

Deux mesures nous semblent indispensables :

— une école rurale qui assure la vocation paysanne;

— le contrôle médical scolaire.

a) Il faut, en effet, que l'école du village protège le petit rural de toute une propagande antipaysanne, qui lui est parfois dispensée par un enseignement peu adapté. Ce rôle de l'école rurale a, d'ailleurs, été remarquablement évoqué par le docteur Labat dans son livre *l'Ame paysanne*. Nous-même avons fait il y a quelques mois un rapport complet sur cette importante question (4).

Signalons simplement le problème par quelques traits essentiels :

— l'école paysanne exige des instituteurs à vocation paysanne, et un enseignement répondant aux conditions et aux besoins moraux, psychologiques, matériels et professionnels des enfants ruraux et des familles paysannes;

— il faut remettre de l'unité dans la vie du petit rural par un enseignement qui ne soit pas une coupure avec sa vie au village. Pour ce, il semble qu'à partir de 12 ans, jusqu'à 15 ans — de l'éveil de la personnalité à l'éveil du sentiment — il puisse s'épanouir et s'orienter par un enseignement adapté et intermittent de centres d'éducation paysanne (sortes de maisons familiales, formule de Lauzun) que l'Etat devrait susciter et aider (5).

b) *Le contrôle médical scolaire.* — On fait volontiers remonter l'histoire de l'hygiène scolaire au décret Sieyès-Lakanal de 1793. Mais un siècle et demi plus tard, on pouvait constater :

— qu'aucun texte d'ensemble ne régissait la matière;

— qu'une bonne part des enfants des écoles primaires étaient médicalement abandonnés;

— que l'organisation du contrôle était le plus souvent le fruit d'initiatives départementales ou communales, d'une efficacité variable;

— que les familles ne portaient guère intérêt à la formalité, parfois plus administrative que médicale, et dépourvue de suites thérapeutiques.

La guerre et ses privations, en portant gravement atteinte à la santé de la jeunesse, ont contraint la législation de sortir de sa réserve. L'ordonnance du 18 octobre 1945 a posé le principe de l'obligation du contrôle pour tous les enfants, pour tous les maîtres, pour toutes les écoles. Des décrets d'application viennent d'être pris, d'autres suivent.

Le contrôle médical scolaire se trouve donc généralisé à un double point de vue :

— généralisation dans l'espace : les mêmes règles, les mêmes procédures s'appliqueront à l'ensemble du territoire sous la direction et la responsabilité d'un personnel hiérarchisé relevant d'une direction ministérielle;

---

(4) Rapport sur *l'Ecole rurale, son statut et ses réformes*, Journées sociales du S.-O.

(5) Signalons la récente création d'un « Comité d'organisation de l'école paysanne », 4, passage Olivier-de-Serres, Paris (XV^e^).

Il semble que la meilleure étude concernant ce problème vient d'être faite par le Syndicat central d'initiatives rurales dans une excellente brochure : *l'Ecole paysanne*.

— généralisation dans les sujets atteints :
élèves de l'enseignement public, comme de l'enseignement privé;
élèves des trois degrés d'enseignement;
maîtres;
locaux.

C'est donc l'ensemble du monde scolaire qui se trouve visé et atteint par une réglementation uniforme pour toute la France.

Pratiquement, le département est divisé en secteurs. Chaque secteur est rattaché à un ou plusieurs centres médico-scolaires. Tout chef-lieu d'arrondissement et toute commune de plus de 5.000 habitants sont tenus d'organiser au moins un centre médico-scolaire. L'Etat peut participer aux dépenses d'installation de ce centre dans la proportion de 40 %.

Comment se présente ce centre d'après la loi ?

A la base, on rencontre la cellule active de ce nouveau service public, le centre médico-scolaire.

α. Administrativement, le centre est rattaché à un établissement d'enseignement public.

β. Matériellement, il comprend des installations fixes ou, le cas échéant, automobiles, établies sur le modèle suivant :

— une salle d'attente qui pourrait être transformée en classe d'attente (films sur l'hygiène);

— une salle de déshabillage et de mensurations;

— le bureau de l'assistante scolaire;

— le cabinet médical.

Il faudrait prévoir des moyens de transport pour le ramassage des enfants et un recours possible, en vue d'examens spéciaux, aux installations des divers dispensaires.

γ. Le personnel serait recruté de la manière suivante :

— Un ou plusieurs médecins scolaires examinateurs, travaillant à temps plein, seraient rattachés au centre. Ils ne seraient pas fonctionnaires, mais contractuels et nommés par le préfet.

— Comme le recrutement de ces médecins conventionnés ne permettra pas de faire face dès le début aux obligations de la nouvelle législation, il est prévu que des médecins praticiens pourront prêter leur concours au contrôle médical scolaire. Ces médecins devront être agréés.

— Une adjointe d'hygiène scolaire prépare la visite, effectue les pesées et les mensurations, assiste le médecin et, à la suite de la visite, établit les liaisons avec le personnel enseignant, les familles et les services sociaux.

Précisons quel sera le rôle de ce centre et de ce contrôle. En nous référant aux textes de base et à une étude de G. Gazac dans le *Concours médical* du 10 août 1946, nous voyons que les tâches du contrôle médical scolaire sont multiples et englobent, non seulement l'hygiène générale à l'école et

le contrôle de la santé des maîtres et des élèves, mais aussi le dépistage de la tuberculose et l'envoi dans des établissements de soins et de cure.

> « Le contrôle de l'hygiène de l'école portera d'abord sur les locaux scolaires dont on sait trop malheureusement qu'ils sont souvent en France vétustes et peu salubres, à côté toutefois de groupes scolaires parfaitement aménagés, mais trop rares. L'article V de l'ordonnance prévoit la création d'un casier sanitaire des locaux et dépendances de tous les établissements d'enseignement. L'hygiène corporelle des enfants doit faire l'objet d'une surveillance attentive pour éviter le retour d'épidémies de gale et d'impétigo, comme il s'en est produit notamment en 1944. Le médecin doit veiller également à la destruction des parasites, surtout des poux, à la lutte contre les mouches et les moustiques, au nettoyage, à l'entretien et à l'aération des locaux, à l'aménagement des horaires pour éviter le surmenage. La recherche des troubles nerveux, des troubles du caractère, le contrôle de l'acuité auditive et visuelle des enfants doivent également avoir lieu au cours de la visite médicale. L'hygiène dentaire et alimentaire doit être surveillée, surtout en période de sous-alimentation; le contrôle médical doit porter sur les cantines scolaires. Enfin, signalons le contrôle des activités physiques, et, dans certains cas, la prescription de mouvements de gymnastique corrective. »

M. Gazac rappelle également dans son article que ce contrôle médical doit être effectué avec le concours des instituteurs chargés de l'établissement d'une fiche médico-pédagogique. On conçoit que l'examen médical pourra ainsi être orienté sur certains points particuliers. Enfin, le médecin remplira le fascicule scolaire du carnet de santé, modèle unique pour toute la France et qui suivra l'enfant. Le médecin devra aussi se tenir en liaison avec la famille, lui faire part de ses observations et vérifier qu'elles ne restent pas lettre morte.

A toutes ces activités médicales, nous proposons d'ajouter l'application de la cuti aux enfants non encore prospectés. Signalons enfin la communication à l'Académie de médecine des Professeurs Terracol et Boulet, de Montpellier, qui viennent d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité d'examiner et de traiter en temps voulu les troubles vocaux dont peuvent être atteints un certain nombre de nos écoliers. Il existe dans tous les pays des enfants présentant des troubles de la voix et du langage et des centres spéciaux de dépistage fonctionnent déjà.

En France, certaines initiatives locales ont été prises avec succès, et une organisation type s'est développée à l'Université de Montpellier où, après entente avec le corps enseignant, une inspectrice qualifiée examine méthodiquement tous les élèves. Les parents sont mis au courant des troubles présentés par leurs enfants et sont libres d'en faire assurer le traitement par le médecin de leur choix. Ne pourrait-on pas, à la demande des Professeurs Terracol et Boulet, généraliser cette organisation médico-sociale et médico-pédagogique en l'étendant à toute la France?

Que devons-nous penser de l'application de cette législation pour nos écoles rurales ?

Ces dernières ne sont pas favorisées au point de vue architectural et hygiène : bâtisses, salles, cours, water-closets, sont souvent bien primitifs.

Nous n'avons pas, dans cette étude, à exposer les conditions sanitaires que doivent remplir les écoles, nous les trouvons dans de remarquables ouvrages tel celui de MM. Genevrier et Descamps : *Hygiène scolaire.*

D'autre part, plus que les écoliers de ville, les petits ruraux sont délaissés au point de vue médical. Nous pensons donc qu'un contrôle médical scolaire est indispensable pour les écoles rurales, mais que le système des centres médico-scolaires est une réalisation urbaine, difficilement réalisable en campagne.

La seule solution serait que le centre médico-social rural cantonal soit le lieu du centre médico-scolaire du chef-lieu de canton. Nous pensons qu'il ne servirait d'ailleurs que pour ce chef-lieu de canton; le dispensaire ambulant, dont nous avons déjà parlé, se déplacera, lui, jusque dans nos villages, évitant aux écoliers des allées et venues gênantes. Car cet équipement ambulant servira successivement pour le dépistage de la tuberculose, le contrôle médical scolaire et aussi le contrôle médical sportif.

Enfin, les médecins praticiens devraient pouvoir jouer un rôle et assurer une bonne partie de ce contrôle dans leur village.

Il nous semble opportun de signaler un point important de l'hygiène de l'écolier rural : celui de l'alimentation et des cantines scolaires. Il n'est plus besoin de montrer l'utilité de ces cantines, qui remédient à l'alimentation désordonnée et inadaptée que les enfants des hameaux éloignés apportent dans leur panier. Mais faut-il encore que la cantine scolaire présente toutes les garanties désirables. Il n'y a souvent aucun local approprié. C'est la classe, le corridor ou le préau qui sert de réfectoire. Poncet cite même une cantine installée dans une auberge. Dans beaucoup de cantines rurales, les enfants ne reçoivent qu'une soupe chaude. Il faudrait aussi leur adjoindre, surtout l'hiver, des pommes de terre, des pâtes, des légumes secs et des légumes verts.

De nombreuses réalisations ont eu lieu depuis quelques années, aidées par l'Entraide française, les municipalités et des œuvres privées.

Plusieurs instituteurs ont même demandé qu'une distribution de boissons chaudes soit faite le matin, dès l'arrivée; des enfants refroidis ont de la peine à travailler.

Toutes ces réalisations doivent être multipliées et surveillées par l'assistante sociale en collaboration avec les médecins et les instituteurs. Ainsi, par cet ensemble de mesures de protection, les enfants de nos campagnes pourront plus aisément gravir les degrés de l'adolescence.

c) *Le problème des enfants abandonnés et des anormaux.* — Si le sort de l'orphelin a été étudié par les juristes latins, la préoccupation du sort de l'enfant abandonné, le respect de son droit à la vie et le sentiment de responsabilité à son égard sont, au contraire, d'origine récente.

Un nombre assez élevé d'enfants abandonnés sont livrés chaque année à l'Assistance publique. Deux solutions pratiques et éducatives doivent être généralisées :

— D'abord, le placement familial, préférable au système des « centres d'élevage surveillés ».

— Ensuite, l'adoption, méthode la plus pratique pour parer aux dou-

loureuses conséquences de l'abandon. Il existe de nombreuses œuvres d'adoption qui, avec le concours des assistantes sociales, des services prénataux et des maternités, obtiennent que l'enfant abandonné par sa mère dès sa naissance soit adopté par une famille.

Dans le milieu rural, un certain nombre d'enfants anormaux, arriérés, existent, et leur sort est d'autant plus triste que la mentalité paysanne, dont le jugement et le comportement se font en fonction de l'utilité des choses et des êtres, risque de se montrer dure et incompréhensible.

Nous voudrions que l'on se penchât davantage sur le sort de ceux qui possèdent encore un rudiment d'intelligence et auxquels il est possible de donner un certain degré d'éducation (arriérés simples, myxœdémateux). Les « idiots » proprement dits (idiotie mongolienne) restent incurables et relèvent simplement de l'hôpital. Les autres doivent être dirigés par l'assistante sociale aidée du médecin et des spécialistes sur des maisons de rééducation. Celles-ci permettent à ces pauvres enfants de se développer intellectuellement et plus tard de ne plus être à la charge de la collectivité.

De l'aperçu que nous venons de donner, on peut comprendre l'importance du rôle du service social. La famille, dans de tels cas, n'est ni renseignée, ni compétente pour appliquer le remède.

LA PROTECTION DE L'ADOLESCENCE ET DE LA JEUNESSE RURALE

Le problème de la protection de l'adolescence se présente sous un aspect tout particulier. Cet âge pubertaire est celui du déséquilibre et de la croissance : période la plus déroutante pour les parents. L'adulte, lui, s'est fixé, il a atteint son équilibre, son épanouissement dans le choix qu'il a fait de son métier, de sa compagne, de sa vocation. L'adolescent, « c'est l'homme qui pousse dans l'enfant ». L'enfant n'est plus, l'homme n'est pas encore.

Influencé par les glandes endocrines, causes de toutes les métamorphoses, la formation psychique, physiologique et physique de l'adolescent, demande une protection. Il y aurait lieu de revoir toute la législation sur les conditions du travail des jeunes de 12 à 17 ans :

— conditions d'hygiène (revoir, adapter et étendre les décrets de 1913);

— conditions de durée;

— conditions de nature (portant sur la dureté du travail et sur la moralité du travail). Les décrets du 28 décembre 1909 et du 21 mars 1924 semblent inconnus des autorités et du public lui-même;

— conditions d'apprentissage.

Toute une éducation familiale serait à faire auprès des parents, afin que les efforts demandés au jeune garçon ou à la jeune fille soient en rapport avec leurs possibilités. Nous voyons trop souvent dans nos campagnes des jeunes adolescents associés aux travaux pénibles agricoles bien

au-dessus de leurs forces, des jeunes filles de 14 ou 15 ans pousser des brouettes lourdement chargées.

Il faut interdire toute compétition sportive pénible à ces jeunes dont la musculature, le squelette, le système nerveux, et le système humoral sont en pleine évolution. Il faut savoir l'aider et non la contrarier (6).

Envisageons maintenant le problème de la protection de la jeunesse. Cette protection sanitaire et sociale pourrait se résoudre, sur le plan officiel et privé, par les initiatives suivantes :

— le contrôle médical sportif;

— le sport rural adapté.

a) *Le contrôle médical sportif.* — La jeunesse rurale comme la jeunesse urbaine s'adonne de plus en plus au sport. Il y a quatre ans, nous avons étudié dans une brochure sur le sport rural les conditions dans lesquelles il s'exerçait et nous constations qu'il se faisait sans contrôle, sans compétence et sans conseil.

D'autre part, il se pose un problème médical ou « physique » lorsque l'on parle de sport pour les jeunes ruraux. Voici quelques constatations prises dans une lettre du docteur Barrier, médecin du Collège national de Bagatelle au Directeur de ce même collège après un stage pour jeunes ruraux :

> « Les observations ont porté sur 44 stagiaires qui, tous, il convient de le relever dès l'abord, étaient des ruraux venant de régions très diverses. Cette communauté de l'origine professionnelle donne à ces observations une signification et une importance particulière.
>
> » Tous étaient, lors de la visite d'admission, dans un état de santé satisfaisant, et tous ont été acceptés. L'un d'entre eux cependant présentait une certaine insuffisance musculaire et aurait été refusé s'il s'était agi d'un stage autre que d'information.
>
> » Ce qui frappait d'emblée chez un grand nombre de sujets, était un hyperdéveloppement musculaire localisé aux muscles du segment supérieur du corps : les épaules sont hypertrophiées, les muscles du dos saillants, les omoplates écartées en position vicieuse et fixée. La paroi abdominale, par contre, est beaucoup moins développée, insuffisante même chez certains. Cette inégalité entre les musculatures thoracique et abdominale est presque toujours frappante. De plus, les muscles du côté droit prédominent nettement sur ceux du côté gauche.
>
> » Outre ce développement musculaire localisé et assymétrique, il a été constaté de fréquentes déformations du squelette : des scolioses, scolioses gauches surtout, plus rarement des cyphoses.
>
> » Or, la musculature, développée d'une manière exagérée et précoce, risque, chez ces sujets jeunes, de fixer les déformations osseuses, et, en tout cas, de les rendre très difficiles à corriger. D'autre part, le thorax, gêné dans son expansion, ne permet qu'une capacité respiratoire relativement diminuée.

---

(6) Voir à ce sujet les efforts de documentation et d'éducation faits depuis quelques mois par le Mouvement des adolescents ruraux, « Semeurs de France » et le « Mouvement familial rural » (numéro spécial de *Mon village* de février 1947).

» La cause de ces diverses malformations réside dans la profession des sujets observés, profession exercée très précocement au cours des travaux familiaux et qui a, par conséquent, une grosse influence sur des sujets dont muscles et squelettes sont en pleine croissance.

» Pour être fréquents, ces défauts se présentaient cependant à des degrés variables et n'existaient évidemment pas chez tous les stagiaires. Un certain nombre de sujets étaient développés normalement et harmonieusement.

» Fait intéressant, la plupart de ceux-ci ont déclaré, au cours de l'interrogatoire auquel il a été procédé, qu'ils avaient fait depuis plusieurs années du sport dirigé.

» Les examens faits en fin de stage ont montré, malgré la brièveté de celui-ci, une certaine amélioration. Et surtout chaque stagiaire semblait avoir compris les exercices particuliers qui convenait à son cas personnel.

» Que conclure de tout cela ? Tout d'abord, il n'est pas vrai que la vie au grand air suffise à assurer un développement physique normal. Certes, il faut tenir compte de la morphologie congénitale de chacun. Mais, chez ces jeunes paysans, la répétition de certains mouvements de travaux pratiqués dès le jeune âge risque d'entraîner des déformations non seulement inesthétiques et difficilement réductibles, mais capables de porter atteinte à la santé elle-même.

» Sur un plan immédiat, il faut insister sur l'importance d'une gymnastique corrective, qui s'efforce de redresser les défauts au fur et à mesure qu'ils se constituent et qui complète le développement musculaire : mouvements d'assouplissement, gymnastique respiratoire, surveillance de la statique vertébrale, exercices d'agilité, utilisation des groupes musculaires peu intéressés par le travail rural.

» Tels sont, semble-t-il, les buts que doit s'imposer l'éducation physique rurale.

» Peut-être ne sera-t-il pas inutile de pouvoir tirer argument de ces constatations relevées sans aucun esprit préconçu et que les faits eux-mêmes ont dictées. »

Tirons de cette déclaration une première conclusion : la nécessité d'un contrôle médical sportif. D'autant que de très nombreux jeunes ruraux se livrent dès l'adolescence à des sports rudes (rugby, football) sans aucun avis autorisé. Ecoutons à ce sujet le Professeur Binet, membre de l'Institut :

« Le sport compétition qui exige du pratiquant l'utilisation de la totalité de ses moyens, quelquefois même au-delà, peut devenir une source d'altérations organiques plutôt qu'un moyen de développement corporel et d'équilibre. Et c'est ainsi qu'est né le contrôle médical des activités physiques et sportives. Par l'examen des candidats et par la mise en œuvre de certaines épreuves fonctionnelles qui permettent de juger de la capacité de réaction et des facultés d'adaptation de l'organisme à l'effort, le médecin est à même d'exercer cette surveillance rigoureuse, qui écarte tout incident de la pratique sportive habituelle.

» L'examen en médecine sportive est d'abord un examen d'aptitude à la pratique des exercices physiques. Certaines affections sont une contre-indication à une activité physique. Certaines déformations ou altérations morphologiques sont, au contraire, une indication à telle ou telle méthode pédagogique.

» Cette adaptation des méthodes à des individus est une nécessité absolue si l'on veut obtenir le développement méthodique, harmonieux et complet de l'organisme et des qualités physiques, si l'on veut donner à tous une paroi abdominale solide, un rachis droit, une cage thoracique large et puissante, une plus grande résistance à la maladie. »

En résumé, donc, l'examen médical est destiné à donner accès aux compétitions sportives aux seuls sujets capables d'y prendre part sans risque pour leur santé. Il aide à orienter d'une façon rationnelle vers une activité physique concourant à développer l'équilibre général.

Quand on examine en physiologiste l'effet des exercices physiques sur le corps humain, on est étonné de l'importance du pouvoir d'adaptation de l'organisme à des exercices répétés et de la rectitude, de la coordination neuro-musculaire. On conçoit sans peine l'utilité d'une surveillance médicale des sportifs pour éviter l'usure prématurée ou la détérioration de cette machine admirable qu'est le corps humain.

Ce contrôle médical est institué depuis l'arrêté du 2 octobre 1945. Pratiquement, dans nos villages, ce contrôle pourrait être assuré par le médecin praticien du lieu, aidé de l'équipement du centre médico-social rural.

Pratiquement, en quoi consisterait-il ? Tous les six mois, une visite serait obligatoire pour les moins de 21 ans. L'examinateur aura connaissance de la fiche médicale scolaire. Après les diverses mensurations, l'examen médical proprement dit porterait particulièrement sur les appareils pulmonaire et cardio-vasculaire. Enfin, on procédera à l'analyse sommaire des urines. La rémunération du médecin examinateur ainsi que les frais occasionnés seraient à la charge de l'association.

De nombreuses expériences étrangères montrent l'intérêt d'une telle institution. L'exemple de la Russie, en particulier, est éloquent.

b) La solution du sport à la campagne, pour être efficace, ne doit pas se borner là. Nous pensons qu'un sport adapté aux ruraux est nécessaire et logique. Ce sera la deuxième conclusion que nous tirerons de la lecture de la lettre que nous avons insérée plus haut. Nous avons été, semble-t-il, un des premiers à lancer dans le public l'idée d'un sport rural. Notre brochure *Sport et vie rurale* donne quelques orientations vers un sport et une éducation physique qui puissent convenir aux jeunes paysans. Nous y précisions la nécessité d'un sport correctif, d'un sport simple et « naturel », adapté aux possibilités de la vie rurale (7). Dans ce sens, signalons *le parcours général d'athlétisme rural*, le basket, le volley-ball, le sport hippique rural, qui permettent des mouvements développant l'adresse, la souplesse, la rapidité, autant de qualités physiques qui manquent aux jeunes ruraux.

Ainsi, nous pensons que les réalisations privées, à côté des applications législatives, sont susceptibles d'amener la jeunesse rurale à une santé meilleure et à un plus grand épanouissement humain.

---

(7) Depuis, des réalisations ont permis d'élaborer une doctrine et une technique, qui ont été le point de départ d'un intéressant ouvrage : *L'Education physique et la Jeunesse rurale*, de R. Vuillemin et P. Colson.

LA PROTECTION DE LA MERE ET DE LA FAMILLE RURALE

Toute une législation est en vigueur pour aider la mère et la famille. En voici un tableau succinct, nous verrons ensuite quelques initiatives intéressantes.

1° Aide et protection à toutes les mères.

— Consultations prénatales, dont nous avons demandé l'extension pratique dans nos villages.

— Prime à la première naissance.

— Allocation de salaire unique ou allocation de la mère au foyer.

2° Aide aux assurées sociales.

— Prestations des femmes en couches (depuis le début de la grossesse jusqu'au sixième mois après leurs couches).

— Indemnité journalière pendant six semaines avant et six semaines après ses couches.

— Prime d'allaitement.

— Capital et pension d'orphelin pour la famille si l'assuré social est décédé.

3° Aide et protection pour toutes les familles.

— Les allocations familiales agricoles, qui sont des indemnités professionnelles pour charges de famille, et qui doivent être considérées comme une aide de la profession à la famille.

— L'examen prénuptial, afin de limiter le plus possible les ravages de l'hérédité pathologique. Cette mesure doit être respectueuse de la liberté de la personne et ne doit pas apparaître comme une violation des secrets légitimes et comme un obstacle aux droits que de futurs époux peuvent garder, de passer outre aux conseils de la médecine.

— Le prêt aux jeunes ménages paysans, par le crédit agricole (loi du 29 juillet 1939). Le prêt est destiné à l'acquisition du cheptel, du matériel agricole et de l'aménagement du logis. D'autre part, au cours de sa séance du 26 avril 1946, l'Assemblée nationale constituante a voté le projet de loi relatif à l'attribution de prêt d'installation aux jeunes agriculteurs. Le montant du prêt est de 350.000 francs au maximum, et le taux d'intérêt de 2 %.

4° Aide aux indigents par l'Assistance publique.

— Allocation d'assistance à la famille, pour celle ayant des enfants à charge et ne touchant pas d'autre aide.

— Allocations militaires pour les familles nécessiteuses.

— Assistance aux malades et aux femmes en couches.

— Assistance aux vieillards et incurables.

5° Aide à tous les vieillards.

Par la retraite vieillesse pour les quatre catégories : salariés assurés sociaux, mères de 5 enfants et plus, non salariés de plus de 65 ans, non salariés de moins de 65 ans.

Voici, brossé, un succinct tableau de cette aide et de cette protection.

En outre, signalons l'intéressante initiative du Mouvement familial rural, des Aides familiales rurales pour soulager le rôle des mères de familles nombreuses à la campagne.

Ecrasé par la besogne matérielle, le foyer rural ne peut plus faire face à sa mission, qui est à la fois d'ordre familial, social et professionnel. Il est urgent de remettre à l'honneur les vocations familiales rurales. On cherche trop actuellement à résoudre la difficulté par des solutions dites sociales (crèches, garderies) qui peuvent être antifamiliales.

La base de tout le malaise actuel est le surmenage de la femme, qui doit mener de front toutes les tâches de la ferme et de la maison, sans trouver l'aide qui lui serait indispensable. Pourtant, nos campagnes ne manquent pas de jeunes filles au cœur généreux qui cherchent à donner aux autres leur dévouement et leur enthousiasme, mais ne trouvent pas au village un métier conforme à leurs aptitudes et à leur goût. C'est à ce double problème que les aides familiales rurales peuvent apporter une solution. Recrutées dans le milieu rural, les jeunes filles doivent avoir 25 ans et posséder des qualités morales et physiques sérieuses. Après des stages de formation, chaque jeune fille est envoyée dans un village de sa région d'origine. Ces aides, qui ne sont pas des servantes, sont assurées d'une intéressante situation. Ici encore, le législateur devrait se pencher sur ce problème et aider à la réalisation de ces solutions (8).

LA LUTTE CONTRE LE TAUDIS RURAL : POUR UNE POLITIQUE DE L'HABITAT

Cette lutte doit être menée surtout par une politique positive en faveur de l'habitat. Il faut entrevoir une action conjuguée du Gouvernement, des administrations, des syndicats, du crédit, de la mutualité, des associations familiales des propriétaires et de tous les exploitants.

L'étude des lois votées en faveur de l'habitat rural a été faite par des techniciens avertis tels que M. Vignerot (9) et M. Lyon, inspecteur général des Eaux et du Génie rural (10).

Donnons ici une succincte analyse de ces lois, après avoir rappelé que la législation antérieure à 1939 concernant l'habitat a été au bénéfice de la ville.

---

(8) M. Jouin-Lambert, *L'aide familiale à la campagne*, édité par le C. N. de coordination des activités familiales, 28, place Saint-Georges, Paris.

(9) *L'habitat rural, les lois encourageant son aménagement*, Publications sociales agricoles, 90, rue Saint-Dominique, Paris.

(10) Rapport aux Journées d'études de l'Habitat, Paris, 1944.

Ainsi, les lois d'habitation à bon marché (Ribot, 1908; Loucheur, 1928), la loi sur la réparation des dommages de guerre (1919), les lois de 1929, du 25 août 1937 et du 24 mai 1938 relatives aux logements ruraux.

Le décret-loi du 29 juillet 1939 prévoit un prêt à moyen terme par le Crédit agricole aux jeunes ménages d'agriculteurs.

La loi du 31 juillet 1939 sur l'amélioration du logement des travailleurs agricoles.

La loi du 21 novembre 1940 relative à la restauration et modifiée par les lois du 27 décembre 1942 et les arrêtés de juin 1943, loi qui prévoit la participation de l'Etat aux frais des travaux d'amélioration de l'habitation des cultivateurs, du logement des animaux et d'aménagement des autres bâtiments de la ferme et de leurs abords. Cette participation se ferait au taux de 25 à 50 %.

La loi du 17 avril 1941 concerne la construction des bâtiments des exploitations agricoles à constituer.

La loi du 15 mai 1941 intéresse le logement des travailleurs agricoles.

La loi du 5 novembre 1941 entrevoit la construction ou la réfection des chemins desservant des bâtiments et des cultures.

Signalons aussi la récente législation du statut du fermage, qui prévoit la « création d'un compte d'amélioration de l'habitat rural » pour chaque exploitation.

L'avenir nous permettra de juger cette récente législation; mais, de toutes les autres lois, nous pouvons dire qu'elles sont manifestement insuffisantes pour plusieurs motifs :

1° Quant à l'aide apportée par l'Etat à l'amélioration de l'équipement rural. Il n'a été consacré à cet effet que 0,2 % des dépenses nationales. L'habitat, l'hygiène et l'urbanisme rural sont à notre avis les trois aspects d'un même problème. Ce problème devrait être une préoccupation constante des municipalités, des conseils généraux et du gouvernement. On a parlé du « ruralisme » — l'expression doit s'implanter et désigner la science de l'« hygiénisation » et de l'aménagement des campagnes.

2° Quant au taux et au plafond de la subvention, M. Lalloy disait déjà en 1941 aux Journées d'études de l'Habitat rural : « Le maximum de 25.000 francs institué par la loi du 21 novembre 1940 est un taux dérisoire pour les régions de culture importantes, où les devis dépassent 200.000 francs... » Même observation en ce qui concerne le maximum de 100.000 francs institué par la loi du 17 avril 1941. Il y a lieu de reviser ces deux maxima, et il faudrait en outre qu'ils ne soient pas uniformes, mais au contraire fonction de l'importance de l'exploitation considérée.

3° Cette politique de l'habitat rural doit être également conduite en fonction des besoins des familles rurales. En réalité, c'est une *politique d'habitation familiale* qu'il faut instaurer. Son premier objectif est la multiplication des habitations individuelles, qui demandent un certain espace vital familial, assurant ainsi l'indépendance de chaque famille, qu'il s'agisse d'exploitants, de métayers, de fermiers ou d'ouvriers agricoles. Pour ces derniers, d'ailleurs, l'accession à la propriété du logement est une nécessité rurale et sociale : « La propriété de sa maison et de l'espace vital familial qui l'entoure doit devenir le premier placement normal

possible de tout chef de famille économe, surtout s'il est salarié » (Jacques Ferté).

Mais nos mœurs financières et juridiques y font obstacle. Ces barrières doivent être renversées. Des lois nouvelles doivent permettre à l'ouvrier d'acquérir sa maison d'une façon avantageuse. La maison familiale nouvelle doit constituer, avec le terrain qui l'entoure, un ensemble indivisible répondant aux besoins d'une famille.

Le second objectif de cette politique doit être la modernisation de l'aménagement et de l'équipement des maisons paysannes. Un pas de géant reste à faire pour aligner l'équipement technique de la maison villageoise sur celui de certains logements urbains.

Nous pensons, en effet, que la maison paysanne ne doit pas être considérée comme une maison de second plan. La famille paysanne est féconde comme la terre elle-même. C'est elle qui, en France, abrite le plus de berceaux. Par priorité sur les autres, elle doit être largement aidée par les Pouvoirs publics.

Un troisième objectif, enfin, est celui de l'intervention des forces professionnelles pour mobiliser les ressources suffisantes au développement de cette politique de l'habitat, en prévoyant notamment les allocations de logement.

Nous conclurons avec M. Ferté que, pour amorcer une reprise de la construction libre des logements, il suffirait que la rentabilité en redevienne normale. A cet effet, chaque habitant devrait, comme en Amérique, consacrer au logement 15 à 20 % de son salaire, au lieu de 4 à 10 % comme actuellement. Et c'est dans le but de l'aider dans cette réalisation que les allocations familiales seraient nécessaires. Ces allocations familiales de logement envisageraient la création d'un fonds de compensation, qui reposerait sur une majoration des cotisations sociales professionnelles et qui profiterait par priorité aux jeunes foyers et aux familles nombreuses (11).

5° Toute législation, pour être efficace, doit être aidée par l'éducation de la population. Education sociale de certains propriétaires-capitalistes, qui ne voient qu'un placement d'argent dans la conservation ou dans l'achat d'un bien rural. Education de tous les milieux ruraux en ce qui concerne les lois de l'hygiène et de la solidarité.

EDUCATION SANITAIRE DU MILIEU RURAL

Devant l'ignorance de la population paysanne sur les problèmes de l'hygiène et sur les lois médico-sociales, nous demandons qu'un plan d'éducation sanitaire et sociale soit envisagé par les Pouvoirs publics et toutes les associations privées s'occupant de problèmes ruraux.

Il faut informer nos paysans de tous les textes de lois dont ils peuvent bénéficier, et il faut leur faire comprendre l'importance d'une discipline

---

(11) Consulter la brochure de J. Ferté, *Ce que les familiaux attendent des municipalités rurales de demain en matière de politique d'habitations familiales.*

sanitaire rurale quant à leur corps, à leur habitat et à leurs exploitations. Médecins, vétérinaires, assistantes sociales, instituteurs, de par leur profession qui les tient en contact permanent avec eux, doivent jouer ici un rôle très important. Ne sont-ils pas les hygiénistes naturels du monde rural. Par ailleurs, le centre médico-social rural pourra, lui aussi, intervenir dans ce domaine. La propagande moderne doit se mettre au service de tous ceux qui veulent entreprendre une telle éducation, dont un des objets sera de susciter et d'orienter de nouveaux besoins. Elle doit, par conséquent, sortir du cadre de l'éducation générale et devenir technique. Il sera, en effet, indispensable d'employer des méthodes bien adaptées à la psychologie du paysan. Il faudra s'appuyer surtout sur des arguments réalistes, qui mettront en valeur tous les avantages concrets résultant d'une bonne amélioration de l'habitat et d'une bonne application de l'hygiène à la ferme.

Sans abuser de l'imprimé, car le paysan lit peu, on pourra cependant employer principalement les brochures et les tracts illustrés, le journal et les périodiques agricoles, enfin l'affiche de propagande. On devra faire appel au cinéma, dont les films se répandent de plus en plus dans nos campagnes. Rappelons-nous que le paysan est un *visuel*.

Enfin, n'oublions pas l'exposition qui exerce sur l'ensemble des esprits une influence individuelle. Adjointe aux « Semaines rurales », aux « Journées rurales », aux « Congrès ruraux », une exposition est un cadre général dans lequel toutes les formes de propagande peuvent trouver place. Les Expositions de l'Habitat rural, organisées par la J. A. C., ont démontré par leur succès l'opportunité et l'importance de ce moyen de prapagande.

Nous ajouterons qu'un des meilleurs moyens d'éducation et d'information est de faire effectuer des voyages dans des régions ou des pays étrangers où l'on peut se rendre compte sur place de ce qui peut être effectivement réalisé.

Comme nous pensons que le problème de l'hygiène et de l'habitat est en grande partie un problème familial, nous souhaiterions que le médecin, un père ou une mère de famille représentant les familles de la commune, puissent trouver place au sein des conseils municipaux.

Rôle civique, rôle social..., tout se tient.

Tous ces moyens de propagande, complétés par l'école rurale, par l'enseignement agricole, par l'enseignement ménager, permettraient, avec l'aide de l'Etat, de former une paysannerie instruite, saine et forte.

CHAPITRE II

LE SERVICE SOCIAL RURAL

« L'idée de service n'est pas le service. »

Marie de Vesins.

« Vous ne savez pas jusqu'à quel point il faudra vous convertir pour qu'on accepte votre service... jusqu'à quel point il faudra changer pour que vous serviez vraiment. »

Chanoine Tiberghien.

L'application des lois médico-sociales pour l'établissement d'un bonheur humain meilleur dans nos familles paysannes exige, à côté du législateur, du médecin et des éducateurs naturels, l'existence d'un « service social humain » assuré par des assistantes sociales.

Le triple objet de ce chapitre sera, tout d'abord, de définir le service social, puis de dire ce qu'il est présentement dans nos campagnes, et enfin de le structurer pour l'avenir.

I. — *CE QU'EST LE SERVICE SOCIAL*

Lorsque Calmette fonda son premier dispensaire antituberculeux, il fut amené à rechercher dans les familles des renseignements sur la situation économique et sociale des malades examinés. Il conçut alors les fonctions du visiteur enquêteur, et c'est Richard Cabot qui a montré que ce rôle devait et ne pouvait être mieux rempli que par une femme. Cela, d'ailleurs, avait été l'opnion de tous ceux qui furent, au cours des siècles, les seuls « assistants » des pauvres et des malades : le clergé et les œuvres charitables chrétiennes. Faut-il rappeler que la première organisation d'assistance fut fondée en 1617 par le grand saint Vincent de Paul ?

Ce n'est qu'au début du XX^e^ siècle que l'on vit se développer le « service social » au fur et à mesure que l'application des lois médico-sociales allait préoccuper les directeurs des grandes administrations publiques et industrielles. Et c'est surtout d'Amérique que l'assistance sociale prit son

essor (1). En 1919, il y avait aux Etats-Unis 20.000 travailleuses sociales.

En France, avant la Grande Guerre, le docteur Nageotte-Wilbouchevick créa, dans le service du Professeur Marfan, à l'Hôpital des Enfants malades, le premier poste d'assistante sociale.

Ainsi, c'est depuis la guerre de 1914 que le service social des hôpitaux s'est considérablement développé. Et, simultanément, d'autres groupements de travailleuses sociales, consacrées à des buts spéciaux, s'organisaient un peu partout : dispensaires antituberculeux et antivénériens, Assurances sociales, caisses de compensation, etc., firent appel à leur concours.

Mais, pour donner une garantie aux institutions, usines et administrations, l'Etat a été amené à instituer un *diplôme d'assistante sociale.*

Pendant longtemps, il n'exista que deux groupes de « travailleuses sociales » : les infirmières visiteuses d'hygiène sociale, et les assistantes sociales pourvues du diplôme d'Etat.

A la veille de la guerre de 1939, il y eut fusion des deux groupes. Mais, en novembre 1941, la distinction antérieure fut rétablie. De sorte que, maintenant, on ne distingue plus que :

— les assistantes médico-sociales;

— les assistantes sociales,

auxquelles correspondent deux diplômes et deux sortes d'enseignement.

Quant au service social rural, il fut institué bien longtemps après celui qui fut fondé pour les ouvriers d'usines. Ce n'est que vers 1934 que la nécessité d'un relèvement des conditions d'existence et d'hygiène dans le milieu paysan fut reconnue absolument nécessaire. Certains organismes, comme la Caisse régionale de Secours mutuel agricole du Sud-Est créèrent un Service d'assistantes sociales spécialisées pour le monde rural.

C'est sous la forme de dispensaires ambulants que furent faites les premières réalisations sociales rurales, mais cette formule fut vite dépassée par les besoins multiples et permanents du village. C'est alors que l'on fonda le poste d'assistante sociale cantonale qui fonctionne actuellement.

En réalité, l'extension du service social à la campagne est récente, puisque l'introduction des lois sociales à l'agriculture ne fut suffisamment avancée, pour permettre son financement, qu'en 1941.

Après ce bref historique du « service social », examinons maintenant quel en est son but et quels doivent être la fonction et l'esprit de l'assistante sociale rurale pour le service de la communauté paysanne.

Son objectif général est net : « la restauration de la vie rurale, dont le meilleur garant est le développement des familles saines, fortes, vraiment à même de remplir leur mission éducative, professionnelle et sociale » (Mlle Neinrg). Il est donc un service simultané de la personne, de la famille, des institutions agricoles et sociales, bref, de toute la communauté rurale.

---

(1) Dr P.-F. Armand Delille, *Traité de service social.*

Ainsi, pratiquement, nous pouvons envisager trois rôles principaux :

— rôle administratif, pour assurer aux familles les bénéfices des lois sociales et d'assurances;

— rôle familial proprement dit;

— rôle réparateur et préventif.

Comme on le voit, les fonctions d'une assistante sociale, pour si spécialisée qu'elle soit, sont aussi étendues que les problèmes médico-sociaux ou simplement sociaux qu'elle aura à résoudre. Enquêtes faites, elle pourra alors établir les données de ces problèmes, et c'est alors seulement qu'elle pourra utiliser les éléments de solution au profit du malade. Ceux-ci découlant de toutes les lois de prévoyance et d'assistance, il lui est exigé de les connaître et de savoir quelles sont les institutions qui en dépendent, ainsi que leur mode de fonctionnement.

Bien plus, ces multiples connaissances devront être complétées par des notions médicales suffisantes concernant surtout la prophylaxie et l'hygiène.

Mais un des rôles les plus importants que doit jouer l'assistante sociale rurale et qui lui a fait donner surtout le titre d'assistante familiale est celui auquel le docteur Armand Delille a donné le nom de « rôle constructif ». « Il a pour but de donner à la famille le plus haut « standard de vie », tant au point de vue hygiénique et économique qu'au point de vue moral. »

En *matière d'hygiène*, l'assistante rurale aura beaucoup à apprendre aux paysans : bien qu'ils vivent au grand air et sous le soleil, ceux-ci ont besoin d'une éducation sérieuse. Sa tâche sera délicate, mais elle saura, avec tact, conseiller sans imposer. Elle inculquera peu à peu aux mères de famille les notions élémentaires de puériculture et de soins à donner à leurs enfants et aux autres membres de la famille. Elle leur montrera la nécessité du lavage quotidien du corps tout entier, soit en bains, soit en douches, et, pour les enfants, principalement le soir; ainsi l'enfant qui s'est sali dans la journée sera propre pour se mettre au lit. Elle leur fera comprendre qu'il serait mieux de faire profiter le nouveau-né du soleil et de l'air pur que de le laisser dans un berceau plus ou moins propre à l'intérieur d'une salle commune où toute la famille vient de manger et les hommes de fumer.

L'assistante pourra, par des conseils prodigués au bon moment, amener les ruraux à mieux étudier l'hygiène et le confort de leur habitation. Aux femmes, elle enseignera que la maison gagnerait à être balayée plus à fond et débarrassée des traces de passage ou de séjour des éléments de basse-cour; que les parquets devraient être lavés ou cirés; que les pièces devraient être aérées et même que la fenêtre de la chambre à coucher devrait rester ouverte ou tout au moins entrebâillée jusqu'au moment du lever.

Elle amènera les hommes à étudier le problème du confort et de l'utile dans l'habitat (eau courante, éclairage, aération, chauffage, écoulement des eaux usées, éloignement du fumier).

L'*éducation ménagère* sera, pour elle, un but d'intéresser et de garder les jeunes filles en leur donnant des notions indispensables pour bien utiliser les ressources normales d'une famille et pour augmenter l'attrait du foyer.

Elle leur enseignera les principes de la cuisine et les lois fondamentales de la cuisson, la fabrication des conserves, légumes et fruits. La confection de vêtements, leur entretien, leur conservation, la remise en état des linges et vêtements usagés; la confection d'une layette, d'un trousseau, sont autant de notions qu'elle devra savoir enseigner.

Enfin, la jeune paysanne lui saura gré de son enseignement sur la tenue de sa maison, sur l'ordre, le goût et l'esthétique de l'habitation.

L'*aide morale* viendra couronner les efforts d'une véritable assistante familiale : d'ailleurs « les milieux ruraux la postulent tout autant que les ouvriers des villes ».

Et, si cela est nécessaire, l'assistante familiale devra s'intéresser aux loisirs : salle de lecture, conférences, sports adaptés au milieu, colonies de vacances, concerts, etc.

Mais « elle devra se souvenir qu'elle doit, avant tout, dit le docteur Armand Delille, avoir un rôle moral... elle doit devenir le véritable guide des familles ».

C'est qu'il existe, à la campagne, des drames de familles dont l'assistante peut avoir connaissance ou deviner dans l'exercice de sa mission.

Elle doit apporter, en certaines circonstances, « un réconfort, une aide, pour réparer ce qui n'est irréparable que dans la mesure où des antagonismes, qui n'attendent souvent qu'une médiation délicate, veulent bien le laisser croire ».

Combien d'occasions où elle saura exercer son apostolat, dont la noblesse est évidente et qui peut lui donner bien des satisfactions.

Mais, dans l'accomplissement de ce rôle humain et moral, l'assistante familiale devra être animée d'un esprit tout particulier. A ce sujet, Mlle Delbrel, assistante d'une municipalité d'avant-garde écrit :

> « Nous sommes venues au service social pour rendre service à beaucoup de gens, mais nous n'y sommes pas venues pour rendre service à beaucoup d'administrations... le service social doit être une amitié vivante. »

Une autre assistante rurale nous a fait cette belle déclaration :

> « Ce n'est pas le nombre de kilomètres qui compte, ni le nombre de fiches, ni le nombre de cours ménagers. Tout cela, c'est de l'action humaine, nécessaire sans doute, mais seulement moyen. *Ce n'est pas la technique qui sauvera le monde.* Nous connaissons trop de ces organisations matérielles modernes, lamentables au point de vue moral. Ce qui compte, ce qui dure, ce qui est finalement fécond, c'est uniquement l'Amour, le Don de soi, le Sacrifice. »

On comprend, dès lors, les magnifiques réalisations faites par des assistantes animées d'un tel esprit de service. Qu'il nous suffise, pour illustrer ces lignes, de donner quelques faits vécus, qui nous sont communiqués par les assistantes de l'Ecole normale sociale de Bordeaux :

— A l'occasion du retour d'un prisonnier, sa femme, qui a eu un bébé à l'insu de son mari, qu'elle sait brutal et violent, prend peur, s'affole et songe à s'enfuir avec son poupon et à abandonner son foyer et son autre enfant. Elle trouve près d'elle l'assistante, qui la calme, la rassure et lui

redonne courage. A l'arrivée du mari, elle avoue sa faute, et celui-ci, comprenant tout, excusant tout, a gardé sa femme auprès de lui. L'assistante avait confié le poupon à une tante.

— Une autre femme de prisonnier ayant une mauvaise santé et se trouvant enceinte avait essayé de « faire sauter » le fruit de sa faute. A l'accouchement, elle avait décidé de le laisser mourir de faim. Mais, l'intervention délicate de l'assistante sut remédier à tout. A la naissance de l'enfant, elle vint habiller le nouveau-né et venait chaque jour s'assurer qu'il était bien soigné; de sorte que la mère finit par s'y attacher et donna toute sa confiance à celle qui sut la ramener à son devoir maternel.

Nous pourrions donner des centaines et des centaines de cas où l'assistante sociale, avec beaucoup d'amour et de dévouement, a pu changer bien des choses et bien des hommes. A cet effet, nous pourrions être édifiés par la lecture du *Journal d'une aide-assistante rurale* de Paule-Marie Weyd.

Après avoir inspiré confiance à la famille, il sera facile à l'assistante de remplir son rôle réparateur et préventif. Rôle vaste, qui consistera à intervenir dans la lutte contre les fléaux sociaux, dans l'application des règles de la prophylaxie des maladies épidémiques et contagieuses et dans l'organisation de la prévention avec le concours du corps médical. Nous préciserons son rôle dans l'organisation du service social rural que nous proposons.

Examinons rapidement son intervention dans la lutte antituberculeuse au cours de laquelle elle doit faire, pour le dispensaire intéressé, une enquête approfondie, objective (caractère des individus, situation familiale...). Cette enquête devra être aussi concluante, le diagnostic ayant été établi par ailleurs permettant de tirer des conclusions qui aboutissent à une solution pratique.

Mais cette enquête devra se poursuivre en vue d'une prophylaxie appropriée. Aussi devra-t-elle être complétée par un examen médical de tous les membres de la famille, qui permettra de savoir ceux qui sont contaminés et ceux qui sont restés encore indemnes.

Toute décision concernant le traitement, le placement à l'hôpital, au sanatorium ou au préventorium, appartient évidemment au médecin du dispensaire en accord avec le médecin de famille. Toutes les démarches nécessaires devront être faites par l'infirmière du dispensaire, afin de préparer le placement du malade. Mais l'assistante restera l'intermédiaire entre l'office central et la famille.

Pendant le séjour au sanatorium du père ou de la mère de famille, c'est elle qui devra s'inquiéter de la question de vie hygiénique, économique et morale de l'entourage familial.

Dans le cas où le malade peut se soigner à domicile ou qu'il ne veut pas quitter son domicile, un double problème va se poser par la présence du conjoint et des enfants. Entre conjoints, la possibilité d'une contamination est rare, si l'autre personne présente une cuti positive et un examen radiologique montrant des ombres de calcification ancienne. Mais si celle-ci a une cuti négative, elle est tuberculisable, donc en danger d'une primo-infection.

Quant aux enfants, il faudra les éloigner immédiatement du milieu familial et en prévoir le placement. Ceux qui sont atteints seront envoyés en sanatorium; s'ils ne sont que contaminés et ne présentent aucun symptôme évolutif, ils iront en préventorium. Ceux qui sont indemnes, avec cuti négative, seront vaccinés au B.C.G., et leur placement sera prévu dans une famille campagnarde (œuvre Grancher) ou dans une école de plein air ou dans un aérium de montagne, de plaine ou de mer.

C'est alors que l'assistante familiale aura à s'occuper à faire donner à la famille tous les secours ou prestations ou allocations que les lois lui allouent. Et, au besoin, elle devra solliciter le concours d'œuvres privées.

Elle complétera son action en procurant au tuberculeux guéri et de retour un foyer plus hygiénique et plus confortable, en lui faisant avoir un équilibre économique et social qui lui permette de redevenir un « indépendant » par une réadaptation à un travail approprié à ses forces.

Autre fléau social, la *syphilis* présente non seulement des lésions chez l'individu, qu'elle rend impotent ou dément, mais surtout des conséquences héréditaires qui en font une véritable maladie sociale. Le rôle de l'asistance sociale sera, en cette circonstance, de surveiller la bonne poursuite du traitement, de relancer les négligents et de leur faire comprendre le danger qu'ils courent et font courir à leur entourage. C'est surtout dans celui-ci qu'elle aura à remplir un rôle de prophylaxie et de traitement. Avant tout, elle aura à conseiller à la femme de se faire examiner et soigner, surtout si elle est enceinte : elle pourra prévenir, même à son insu, le médecin ou la sage-femme, qui pourront ainsi la traiter. Les enfants, dès leur naissance, devront être surveillés pendant longtemps.

Dans le cas où le sujet présenterait des complications nerveuses, l'assistante aura à prévoir son placement, avec l'accord du médecin traitant, à l'hôpital ou dans un asile.

Ici encore, l'enquête devra être approfondie et l'assistante aura à faire bénéficier la famille de tous les secours nécessaires; à la campagne, la mission de l'assistante sera plus délicate qu'en ville : d'abord, à cause de la plus grande ignorance du paysan sur le danger couru; ensuite, à cause de la persistance de la notion de la « maladie honteuse ». Enfin, en raison des difficultés qu'offre l'éloignement du centre prophylactique, une collaboration étroite entre le médecin de famille et l'assistante est ici nécessaire plus que jamais.

Le problème de l'*alcoolisme* sera surtout un problème d'éducation auquel devra s'attacher l'assistante rurale avec d'autant plus de patience que « le relèvement du buveur est une tâche toujours fort difficile, décourageante parfois ». L'état de chronicité dans la vie entraîne des conséquences de déchéance physique et intellectuelle chez l'individu qui s'y adonne, mais provoque, dans la famille, la misère, la faim et une descendance tarée pour longtemps. Le devoir de l'assistante sera de relever l'individu, surtout quand il s'agit d'une femme, et, à la campagne, la femme, malheureusement, se laisse entraîner de plus en plus vers la fatale obsession du verre de vin. Le sort des enfants devra attirer toute sa sollicitude pour obtenir, si besoin, la déchéance des droits paternels et le placement de ces enfants.

L'intervention de l'assistante sociale dans la lutte contre le *cancer* ne se

fera que dans la mesure où cette maladie atteint le chef de famille et peut mettre en difficultés économiques le reste de la famille. Elle pourra faire œuvre de prévention en conseillant à toute femme qui saigne en dehors des époques normales de se faire examiner au plus tôt. Ainsi, une intervention précoce pourra sauver une malade avant qu'il ne soit trop tard.

Dès qu'une *épidémie* s'ébauchera dans une commune, qu'un cas suspect surviendra dans une école, l'assistante sociale prévenue par la mairie ou l'instituteur prendra immédiatement, en accord avec le médecin, les mesures de désinfection qu'elle peut elle-même effectuer ou provoquera l'intervention du service d'hygiène cantonal ou départemental. Elle devra également surveiller si l'enfant est isolé et soigné dans sa famille et si celle-ci prend toutes précautions nécessaires de propreté et d'hygiène.

La prévention sera, d'autre part, une branche importante de son activité :

— soit en étant l'auxiliaire du médecin dans les séances de vaccination antivariolique et antidiphtérique, avant lesquels elle aura fait établir les listes, envoyer les convocations, assurer les analyses d'urine et rappeler aux familles négligentes l'obligation de la vaccination;

— soit en préparant les visites médicales des enfants des écoles. En accord avec les instituteurs et institutrices, elle fera établir les fiches individuelles, effectuer les pesées et les mensurations. Après la visite, elle devra communiquer aux parents ou au médecin de famille les observations du médecin inspecteur.

Enfin, la *femme enceinte* et le *nouveau-né* seront naturellement les objets d'un contrôle sévère de la part de l'assistante. Celle-ci aura à intervenir, non seulement auprès des futures mamans pour leur faire accorder toute allocation, prime ou avantages auxquels elles ont droit, mais aussi, auprès d'elles, pour qu'elles suivent les consultations prénatales ou se fassent examiner par leur médecin ou sage-femme. Elle devra prévoir leur délivrance dans les meilleures conditions possible et suivre les nourrissons à domicile ou dans les consultations de nourrissons. Dans les cas délicats de filles-mères, l'assistante leur apportera son réconfort, les aidera moralement, et pourra, au besoin, les faire admettre dans les maisons maternelles. Plus tard, elles les conseillera et les ramènera souvent dans une ligne de vie normale.

En bref, l'assistante rurale aura à cœur de faire régner dans la commune l'hygiène nécessaire à un bon état sanitaire et, pour cela, ne pas craindre d'intervenir auprès du médecin, du maire et de l'instituteur, et de secouer, au besoin, leur apathie ou leur indifférence.

Il ressort de ces lignes qu'une certaine formation morale et psychologique doit être une des conditions essentielles que doit avoir ou acquérir toute assistante sociale rurale si elle veut être acceptée, comprise et même aimée des paysans. Plusieurs rapports fournis par les assistantes expérimentées nous montrent bien que celles-ci ont compris le problème et que, pour le résoudre, intelligence, compétence et diplôme ne suffisent pas. A l'instar du médecin et de l'instituteur, l'assistante rurale devra posséder le « sens et le goût de l'humain »; en un mot, ici encore, la tâche à accomplir exige « une âme paysanne ».

Elle aura à connaître la vie de la famille paysanne, la vie du village et leurs infinies complexités psychologiques. Mieux, dirons-nous, elle n'en aura de compréhension exacte et totale que si, paysanne elle-même, sa sensibilité et son âme en ont été imprégnées dès l'enfance. En attendant que, dans chaque commune, il se trouve une jeune fille à « vocation sociale », il faudrait faire appel à toutes les bonnes volontés. « Et que celle-ci ne soit pas découragée à l'avance par les difficultés de l'adaptation ! écrit une jeune rurale. Si elles ont une sympathie instinctive et profonde pour le milieu rural, soutenue par un véritable désir de le servir, il leur sera possible d'acquérir, par des stages prolongés à la campagne, cet ensemble de connaissances vivantes, de réactions et de réflexes spontanés, cette puissance de compréhension, grâce auxquels on s'assimile assez à un milieu pour pouvoir en devenir un élément agissant. » Elles devront étudier et s'efforcer de saisir « l'âme paysanne », celle des adultes et celle des jeunes, individuellement et dans leurs rapports sociaux. Il faudra qu'elles comprennent par l'observation et par l'intuition que donne l'amitié, les caractères si forts et si nuancés de l'intelligence et de la sensibilité terriennes. Ainsi, elles découvriront dans ses racines mêmes, cette culture paysanne méconnue, mais si riche et si savoureuse que le service social doit d'abord respecter avant de chercher à la développer.

L'assistante sociale rurale, armée du lourd bagage scientifique qu'aura sanctionné le diplôme officiel, devra donc développer chez elle une certaine tournure d'esprit, des qualités d'âme, des richesses de cœur, qui lui faciliteront son adaptation. Elle sera à même de prendre son poste et d'accomplir sa noble mission, qui sera d'être, selon l'heureuse expression d'une assistante girondine, « *le catalyseur des forces du village* ».

II. — *L'ORGANISATION DU SERVICE SOCIAL RURAL*

Les décrets du 12 novembre 1941, qui codifient l'organisation actuelle du service social en France, prévoient, comme nous l'avons vu, l'existence de deux catégories d'assistantes sociales.

En milieu rural, deux méthodes d'organisation sont en présence :

— le service social circulant;

— le service social avec permanence et résidence.

Cette dernière formule semble avoir donné des résultats beaucoup plus nets que la première : le contact avec les habitants est continu et direct. Ce sont là des conclusions de différentes institutions du service social, qu'elles soient d'origine privée (Maisons familiales, Comité de Mérignac, Comité de Bonnétable, Comité de Saint-Martin-de-Ré), ou d'origine officielle (Préfecture, Mutualité agricole).

Actuellement, la tendance est d'instituer un peu partout l'assistante sociale rurale cantonale.

A la question : Comment a-t-on utilisé jusqu'à présent le service social rural ? le docteur Armand Delille répond : « Si on se souvient des étapes successives de l'organisation des services sociaux en France, on comprend

que, chez nous comme ailleurs, ils sont nés, au début, dans des groupements isolés pour répondre à des nécessités urgentes, ce qui explique certaines de leurs imperfections, en même temps que le chevauchement, parfois regrettable, de diverses spécialisations. »

Rien d'étonnant à ce que l'assistante sociale n'ait pas toujours joui du « préjugé favorable », surtout dans le milieu ouvrier, et combien souvent elle ait été considérée comme une intruse, un agent de renseignements au service d'une administration anonyme. La raison en était que la visiteuse des assurances sociales se présentait aux familles comme une enquêteuse, une contrôleuse, venant non seulement chercher des renseignements sur les membres de la famille, mais épier leur façon de vivre. Les assurés ne comprenaient pas toujours que les démarches de l'assistante étaient faites dans leur intérêt. Peut-être certaines assistantes n'avaient-elles pas eu le geste, le comportement nécessaire pour leur faire saisir qu'elles étaient « à leur service ».

Il faut reconnaître aussi que chaque organisation ayant son assistante particulière, celle-ci agissait sans coordination avec sa voisine, de sorte que la même famille recevait successivement et à quelques jours d'intervalle une, deux ou trois visiteuses pour demander souvent les mêmes renseignements et assurer les mêmes démarches. C'était plutôt une « obsession » qu'un « soulagement » que de telles visites apportaient aux familles !

Aussi, la tendance actuelle est de s'efforcer de coordonner ces différentes organisations pour arriver à une collaboration plus complète. Tel est le but du service social qui est envisagé et serait destiné à maintenir la liaison nécessaire entre organismes officiels et privés chargés d'appliquer les lois médico-sociales et les individus et familles qui en sont bénéficaires. Le service social doit donc comprendre toutes les assistantes quelles qu'elles soient et se mettre à l'entière disposition du Comité de coordination des institutions de la protection de la santé publique et de l'assistance publique.

« Ce n'est cependant pas suffisant, affirme le docteur Armand Delille, et le désir unanime aujourd'hui est de simplifier les méthodes pour les rendre plus efficaces et surtout d'assurer le rayonnement du service social sur tout l'ensemble du pays. »

Pour faciliter cette tâche, on propose « de diviser le pays en autant de districts qu'il sera nécessaire pour mettre à la tête de chacun d'eux une *assistante sociale polyvalente* ». Ce secteur comprendrait 10.000 habitants au maximum et un rayon de 7 à 8 kilomètres. Chargée d'assurer les enquêtes et d'exécuter les mesures d'assistance nécessaire, cette assistante, dénommée familiale, serait en articulation avec les organes départementaux dont les services seraient assurés par une travailleuse sociale fixe sédentaire. Cette organisation, envisagée pour le monde rural, est à peine une démarcation de celle prévue pour les villes. D'ailleurs, jusqu'à présent, toutes les lois médico-sociales avaient été élaborées en faveur du monde ouvrier et de leurs conditions de travail et de vie. On agit comme s'il y avait une commune mesure entre la vie des citadins et la vie des ruraux.

III. — *QUELLE SERAIT DONC LA FORMULE LA MIEUX ADAPTEE AU MILIEU RURAL ?*

Les docteurs Rochet et Tapernoux ont proposé le centre social avec infirmières résidentes tel que l'ont conçu Mlles Basset et Diemer. Ce serait un « Centre social complet qui organiserait et réglerait, sur le territoire de sa circonscription, la vie sociale ».

Signalons, à ce sujet, les expériences particulièrement intéressantes qui ont été tentées en quelques endroits :

— *Le Centre social et familial de l'île de Ré* est une véritable coordination de tous les organismes et œuvres privées d'intérêt social. La réalisation de ce Centre, dont le siège est à Saint-Martin-de-Ré, s'étend du secourisme à la maison familiale (formule Lauzun), en passant par les consultations prénatales et des nourrissons, la surveillance de la première enfance et son secrétariat familial social...

— Les expériences de coordination du département de l'Orne ayant pour devise : « Unir sans absorber ».

— Le Comité d'entente de Bonnétable (Sarthe), qui est une organisation d'un service social cantonal.

Quant à nous, en raison des perspectives envisagées pour une organisation de la médecine rurale, nous pensons que ce centre social doit s'intégrer dans le centre médical cantonal que nous avons décrit. On comprendra, dès lors, la signification de notre dénomination : le *centre médico-social rural.*

Nous l'avons déjà défini comme étant la conjonction, la réunion harmonieuse d'un centre de diagnostic et d'un centre social rural avec dispensaire polyvalent.

Le service social du canton ou du district déterminé aurait une triple fonction :

— fonction sédentaire, au dispensaire — disons au centre — en vue du diagnostic, de la sélection, du travail administratif, fonction qui reviendrait à une assistante infirmière secrétaire;

— fonction d'enquête, de service familial et social, menée au domicile du malade ou dans le village, fonction qui reviendrait à une ou plusieurs assistantes polyvalentes, avec résidence dans une des communes du canton;

— fonction de coordination devant donner une solution aux problèmes envisagés entre l'infirmière du centre et l'assistante communale.

Nous rappelons ici ce que nous avons déjà dit sur le centre en ce qui concerne sa situation géographique, sa structure, son fonctionnement, son personnel et sa gestion.

Nous pensons que l'équipement du centre et ses possibilités matérielles tant au point de vue médical que prophylactique permettront aux assistantes comme aux médecins de parfaire leurs travaux et de les aider dans leur magnifique, mais dur labeur.

Le centre médico-social rural sera, dans la France rurale de demain, la cheville ouvrière d'une médecine et d'un service social étonnamment efficaces, et cela d'autant plus que médecins et assistantes auront un esprit de service et non un esprit de « professionnalisation ».

Un service social qui n'est que professionnel est antihumain, il est le contraire même du service social.

CHAPITRE III

LA SECURITE SOCIALE AGRICOLE

« La législation paysanne doit jaillir de la terre et non lui être imposée comme une formule d'engrais établie dans un laboratoire. »

Jean YOLE.
(*Médecin vendéen.*)

Toutes les lois médico-sociales que le service social rural doit appliquer vont être coordonnées et rentrer dans le cadre de la Sécurité sociale agricole.

Devant cette structure nouvelle, il s'agit de savoir si le législateur évitera de commettre certaines erreurs semblables à celles de la Sécurité sociale actuellement en vigueur.

Définissons brièvement la Sécurité dans son ensemble, avant d'envisager les traits essentiels d'une Sécurité sociale vraiment agricole.

I. — *CE QU'EST LA SECURITE SOCIALE*

Elle veut apporter à tous les travailleurs une sécurité de vie, c'est-à-dire une sécurité dans leurs moyens d'existence. Plus spécialement, il s'agit de les garantir contre les phénomènes naturels ou économiques qui, en l'absence d'une mesure sociale, auraient pour résultat de supprimer ou de réduire leurs moyens d'existence.

La Sécurité sociale doit donc protéger tous les hommes et toutes les familles, à la seule exception de quelques privilégiés qui échappent à ces risques.

Cette protection n'est limitée que par les possibilités techniques de la réaliser, les possibilités financières de la collectivité et la nécessité de laisser à chacun, dans une mesure humaine et raisonnable, la responsabilité de ses actes et les conséquences qui en découlent.

Il y a donc trois catégories de personnes dont les moyens d'existence sont différents :

— les travailleurs salariés;

— les travailleurs non salariés;

— les non-travailleurs.

1° Pour les *travailleurs salariés*, qui sont l'immense majorité dans l'activité industrielle et forment la moitié de la population urbaine, le moyen de vie est simple, unique, facilement contrôlable : c'est le *salaire*.

Les phénomènes qui tendent à supprimer ou réduire la capacité du salaire comme moyen de vie sont pour eux :

— *la maladie* (qui interrompt les possibilités du travail);

— *l'accident* (qu'il soit ou non du travail);

— *l'invalidité* (qui réduit la capacité permanente du travail);

— *la maternité* (qui interrompt la possibilité de travail et crée des charges supplémentaires);

— *les charges de famille* (qui augmentent les besoins vitaux sans créer des ressources correspondantes);

— *la fatigue* (qui exige un repos non productif);

— *la vieillesse* (qui réduit ou supprime la capacité de travail);

— *le décès* (du chef de famille, dont les autres membres sont hors d'état de travailler);

— *l'absence de travail* (qui crée le chômage).

Les moyens de parer à ces éventualités ont un caractère commun : prélever sur la collectivité les ressources nécessaires pour compléter ou remplacer le salaire des personnes atteintes. Et ces moyens pratiques sont :

— l'assurance « maladie »;

— l'assurance « accident »;

— l'assurance « invalidité »;

— l'assurance « maternité » et les primes de naissance;

— les allocations familiales, le sursalaire familial et l'allocation de salaire unique;

— la compensation des congés payés;

— la retraite et l'allocation aux vieux travailleurs;

— l'assurance « décès »;

— l'assurance contre le chômage.

L'ensemble de ces moyens forme dans l'état actuel de la législation sociale française « le dispositif » de la Sécurité sociale des salariés.

2° Pour les *travailleurs non salariés*, qui sont l'immense majorité dans l'activité agricole et forment la moitié de la population rurale, le moyen de vie est le produit de leur travail, élément plus complexe et moins facilement délimité.

Les phénomènes qui tendent à supprimer ou à réduire ce moyen de vie sont donc de deux ordres : ceux qui atteignent la capacité de travail et ceux qui atteignent le produit ou la production.

Les moyens de parer à la première éventualité sont les mêmes que pour les salariés, mais les façons d'y arriver sont différentes. C'est ainsi qu'on

ne peut plus agir par le canal d'un employeur pour remplacer le salaire puisqu'il n'y a ni employeur ni salaire. L'ensemble des moyens d'assurance et de protection précédents et adaptés aux conditions des non-salariés forme la première section du « dispositif de la Sécurité sociale » des non-salariés.

Les moyens de parer à la seconde éventualité sans lesquels la Sécurité sociale des non-salariés ne serait pas réelle sont tous ceux qui concourent à les garantir dans une mesure raisonnable, contre tous les risques qui pèsent sur le produit et sa production : incendie, vol, responsabilité professionnelle, pluie, inondation, gel, sécheresse, grêle, mortalité du bétail, etc.

Tous ces moyens ont le même caractère commun que les autres. Il s'agit encore de prélever sur la collectivité les ressources nécessaires pour remplacer le produit ou le moyen de production des personnes atteintes. Ces moyens pratiques spécialisés pour l'agriculture sont les différentes branches d'assurance mutuelle agricole en ce qui concerne l'incendie, la responsabilité civile, la grêle et la mortalité du bétail. Des mesures en projet dites des calamités agricoles seront prises en ce qui concerne la pluie, l'inondation, le gel et la sécheresse.

3° *Pour les non-travailleurs*, le problème, infiniment plus délicat, n'en est que plus douloureux. C'est cependant celui sur lequel le législateur vient tout récemment de se pencher pour ne lui trouver que de très légers remèdes dans les dispositions visant les « économiquement faibles ».

Il y a là tout un secteur de la Sécurité sociale négligé par le législateur. Le problème se trouvait en partie résolu par des mesures individuelles et disparates de prévoyance spontanée, mais la chute brutale de la monnaie, en annihilant ces efforts, a reposé le problème dans toute son acuité.

Les modalités d'application de la Sécurité sociale ont été établies par deux ordonnances :

1° L'ordonnance du 19 octobre 1945 fixant le régime des Assurances sociales applicables aux assurés des professions non agricoles. De notables améliorations y ont été apportées. C'est ainsi que, d'une part, depuis le 1er janvier 1946, l'institution de l'assurance longue maladie, donne droit aux assurés sociaux aux remboursements des soins et à l'attribution d'une allocation mensuelle pendant le temps nécessaire à leur rétablissement dans une limite de trois ans. De plus, si l'assuré a besoin d'une rééducation professionnelle, l'allocation peut lui être versée encore pendant un an. D'autre part, l'assurance vieillesse a été complètement réorganisée : les assurés bénéficieront d'une pension égale à 40 % de salaire moyen des dix dernières années, à l'âge de 65 ans, après trente années de cotisations. Cette pension sera proportionnelle à la durée des versements des cotisations, mais un minimum de cinq ans est exigé. Le temps a commencé à courir depuis le 1er janvier 1946.

2° L'ordonnance du 4 octobre 1945 fixant l'organisation de la Sécurité sociale et comprenant :

— Un plan d'ensemble de cette sécurité. Celle-ci est destinée à garantir les travailleurs et leur famille contre les risques susceptibles de réduire

leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent. Cette organisation assure le service des prestations prévu par la législation concernant :

les assurances sociales;
l'allocation aux vieux travailleurs salariés;
les accidents de travail et les maladies professionnelles;
les allocations familiales et de salaire unique.

— Une organisation technique de la Sécurité. Il a été créé des caisses primaires, des caisses régionales et une Caisse nationale. Depuis le 1er janvier 1947, il n'existe plus qu'une caisse dite de sécurité pour une circonscription territoriale donnée, toutes les différentes caisses d'affinités étant supprimées.

— Ressources : elles proviennent d'une cotisation unique sur tous les salaires (pour les salaires supérieurs à 150.000 francs, le pourcentage n'est perçu que jusqu'à 120.000 francs, au taux de 12 % revenant aux Assurances sociales et 4 % à l'allocation aux vieux travailleurs; 6 % seulement sont perçus sur les salaires, le reste restant à la charge des employeurs; pour les allocations familiales et les accidents du travail, rien n'est encore prévu). L'ensemble des cotisations est versé en une seule fois par l'employeur, avec majoration de 1/1000 par jour de retard.

— En complément et conséquence du plan de Sécurité, la *Mutualité a reçu un nouveau statut* (ordonnance du 19 octobre 1945). Le plan de sécurité ayant, en effet, accaparé toute l'activité réservée autrefois à la Mutualité, on a cependant voulu lui laisser un rôle qui, bien qu'effacé, en fait un service complémentaire et libre des caisses de Sécurité (ce sont les sociétés mutualistes).

— A leur tour, *les caisses d'allocations familiales ont reçu un régime provisoire*. Ces caisses sont unifiées sur le plan territorial, tout en gardant provisoirement leur autonomie, et sont dirigées pour moitié par des travailleurs salariés désignés par les syndicats, pour un sixième par des représentants des travailleurs indépendants, pour deux sixièmes par des représentants des employeurs.

Notons enfin que la loi du 22 mai 1946 prévoit l'*extension du régime de Sécurité sociale* à tous les Français. Les artisans, les commerçants, les personnes exerçant une profession libérale, bref tous les travailleurs indépendants seront affiliés à la Sécurité sociale au même titre que les salariés. Des décrets interviendront afin de fixer les modalités d'application, mais seulement lorsque l'indice de production aura atteint 125 % de l'indice de 1938.

C'est ainsi que se présente le plan Parodi de la Sécurité sociale française que M. Larroque, qui en est le directeur général, essaie de faire appliquer depuis le 1er janvier 1947.

Un plan si vaste, et qui pose les prémices d'une orientation sociale d'un caractère profondément novateur, présente nécessairement de graves erreurs et déficiences.

Il y a des principes sur lesquels les mutualistes, les sociaux, les familiaux et les médecins ne peuvent transiger.

Il ne nous appartient pas ici de les analyser et d'en discuter le fondement.

Nous ne retiendrons que la déficience relative à l'*adaptation à l'agriculture*.

L'ordonnance du 19 octobre 1945 n'avait envisagé que les seuls assurés des professions non agricoles, le législateur ayant compris que le régime spécial pour l'agriculture, prévu par l'ordonnance du 4 octobre, était insuffisant. Il était permis de penser que le principe d'une organisation sociale propre à l'agriculture était définitivement consacré et que les travailleurs agricoles allaient pouvoir, avec le concours de leurs caisses mutuelles, améliorer l'application des lois sociales de leur profession. Et cependant certains promoteurs du plan de Sécurité sociale semblent vouloir généraliser leur système à toute la population, y compris les paysans, par l'intermédiaire des caisses uniques. Ce serait une grosse erreur que de vouloir inclure indistinctement l'agriculture dans un dispositif conçu pour des salariés urbains.

Ce serait obéir à un souci de rationalisation théorique, doctrinaire et partisane. Par ce fait on n'hésiterait pas à faire subir à la Mutualité agricole le sort qui a été réservé aux anciennes caisses des Assurances sociales et des Allocations familiales. Il y a là un danger que tous les représentants des agriculteurs doivent défendre de toutes leurs forces.

Indiscutablement, le paysan français ne doit pas consentir à l'abandon d'un régime adapté à ses besoins pour être confondu dans de vastes caisses de Sécurité sociale avec les professions industrielles et commerciales dont les besoins sont tout différents des siens. Aussi l'accueil plutôt froid que le monde rural a réservé au plan de Sécurité sociale tel qu'on prétend le lui appliquer nous fait douter de la réussite des opérations préliminaires de l'immatriculation.

Au reste, le Parlement lui-même, alerté par des réactions unanimes de l'opinion et des organismes professionnels agricoles, semble avoir admis que des modalités spéciales s'imposaient pour l'application de la Sécurité sociale à l'agriculture.

A l'heure où nous écrivons ces pages, l'on ne voit pas bien ce qui va pouvoir sortir d'un débat qui s'annonce on ne peut plus confus. Quatre projets sont en présence, qui envisagent chacun un aspect de la question, alors que c'est tout l'ensemble qui doit être réexaminé et refondu en fonction des besoins propres aux populations rurales.

II. — *POURQUOI UNE SECURITE SOCIALE AGRICOLE ?* (1).

Nous dirons qu'une Sécurité sociale agricole est nécessaire :

— parce qu'il y a un type paysan qui n'est pas un type urbain;
— parce qu'il y a un travail paysan qui n'est pas un travail urbain;
— parce qu'il y a un milieu agricole qui n'est pas un milieu industriel;

---

(1) On ne peut parler de législation sociale agricole sans se référer aux écrits de M. Paul Jahan, directeur conseil de l'Union des Caisses centrales de la Mutualité, et de M. Auguste Le Goff, directeur de la Fédération de la Mutualité agricole du Morbihan, conseiller de la République.

— parce qu'il y a un climat économique rural qui n'est pas celui de la cité;
— parce que les besoins paysans ne sont pas les besoins citadins.

Analysons de plus près ces différences de caractères :

1° Au point de vue social.

Dans les professions non agricoles, l'immense majorité des bénéficiaires est *salariée*. La base du financement est le salaire que l'employeur peut récupérer à la vente de son produit.

En agriculture, il y a 3.700.000 exploitations entretenues par 6.000.000 d'exploitants non salariés et 1.500.000 travailleurs salariés. La base du financement ne peut donc être le salaire, qui n'existe pas. En effet, si, en ville, la grande majorité de la population active comprend l'ensemble des salariés, en milieu rural ceux-ci ne représentent qu'une faible minorité. En effet, l'exploitation agricole française est presque toujours à base essentiellement familiale : sur 3.700.000 exploitations, 3.000.000 ont moins de 10 hectares et sont familiales. Aussi, les quatre cinquièmes des travailleurs agricoles ne sont autre chose que des exploitants eux-mêmes, donc *non-salariés*.

Dès lors, la notion de patronat et de salariat qui se trouve à la base des dispositions contenues dans les lois sociales est dépassée en agriculture. D'autant que, exploitant et salarié agricole, exercent le même métier de cultivateur, dans les mêmes conditions de travail et dans le même milieu de vie, et M. Le Goff dit très justement que « l'exploitation agricole forme un tout dont les éléments peuvent difficilement être dissociés et exigent une législation sociale spécifiquement paysanne ».

Presque tous les travailleurs agricoles devraient relever d'une protection sociale analogue à celle des travailleurs indépendants. Car, la protection de l'insuffisance du salaire, seule prévue dans le plan de Sécurité sociale, ne représente qu'une infime partie de la garantie en agriculture, où il s'agit surtout de protéger la production qui la fait vivre.

On ne peut donc mêler, dans une législation unique, la protection sociale des travailleurs urbains exclusivement salariés et la protection sociale des travailleurs agricoles presque exclusivement producteurs.

Laissons la parole à M. Jahan, de la Mutualité agricole, qui, dans une circulaire intérieure de ce groupement, fait ces constatations et donne quelques exemples typiques :

> « En matière d'accidents du travail, la loi du 9 avril 1896 rendait le patron responsable des accidents survenus à ses salariés. On attendit vingt-quatre ans pour songer que les accidents du travail ont pour leurs victimes des conséquences non moins graves en agriculture. Mais alors la loi du 15 décembre 1922 se contenta d'appliquer à l'agriculture les principes de la loi précédente, fondée sur le salariat, avec quelques atténuations de chiffres. Tout au plus aida-t-on, par des subventions de l'Etat, les petits exploitants qui useraient de la faculté de s'assurer contre les accidents du travail pour eux-mêmes et les membres de leur famille. Ces subventions, qui laissaient encore la moitié de la charge de cette assurance à l'exploitant,

furent progressivement réduites. Le cultivateur, déjà surpris de constater que son bras cassé ne méritait pas la même protection sociale que celui du salarié urbain, ne comprit plus du tout lorsque, lui laissant cette charge, la loi lui fit supporter celle de ses collaborateurs exerçant le même métier que lui. »

Cette erreur fondamentale du législateur fut encore plus grave lorsqu'il s'agit des Assurances sociales. Là encore, le directeur de la Mutualité donne des précisions :

« La première loi inappliquée, du 5 avril 1928, ne faisait aucune distinction pour l'agriculture. La loi du 30 avril 1930, par « l'assurance sociale facultative », ouvrait seulement à certains exploitants une faculté onéreuse, dont les modalités recopiaient celles de l'assurance sociale des salariés. Il en résultat dès l'origine une impopularité dans les campagnes.

» Parmi les dispositions pratiques issues de cette erreur et dont la réforme s'impose, nous citerons :

» — la distinction même entre le salarié assujetti obligatoire et l'exploitant non assujetti au simple assuré facultatif, alors qu'une maladie grave a les mêmes conséquences matérielles pour les exploitants que pour les salariés.

» — le principe de la cotisation individuelle fondé sur le principe du salariat individuel. La même erreur fut commise en matière d'allocations familiales dans le règlement d'administration publique du 5 août 1936, qui accordait des allocations familiales aux salariés agricoles en majorité jeunes ou célibataires, aux frais des exploitants parmi lesquels on compte les chefs des plus nombreuses familles de France. L'erreur fut paresseusement corrigée par la loi du 14 juin 1938, qui accordait le bénéfice des allocations familiales aux exploitants, mais posait alors un problème économique de financement encore non résolu. »

D'autres exemples plus actuels peuvent être donnés : l'ordonnance du 19 octobre 1945, qui étend les Assurances sociales agricoles, sous la forme obligatoire, aux membres de la famille de l'exploitant. La presque totalité de ceux-ci n'ont aucunement la qualité de salariés. Il n'empêche qu'ils doivent faire l'objet de cotisations identiques à celles prévues pour les ouvriers et bénéficier exactement des mêmes prestations, comprise l'indemnité journalière, qui ne correspond pour eux à aucun besoin, dès lors qu'ils ne reçoivent habituellement aucune rémunération « argent ». Le législateur ne s'est même pas donné la peine de considérer la situation spéciale des membres de la famille : il les a purement et simplement assimilés aux salariés.

Autre exemple : le titre II de la loi du 22 mai 1946 sur la Sécurité sociale, qui prévoit pour les exploitants des cotisations strictement parallèles à celles des salariés, à tel point qu'en tout état de cause le revenu professionnel de base ne doive jamais être inférieur au salaire le plus élevé des ouvriers : là encore, le législateur se contente d'aligner les exploitants sur les ouvriers.

Ainsi donc, hypnotisé par cette idée fixe : le *salariat* — qui crée chez lui une optique déformée du milieu paysan — le législateur traîne inconsciemment à la remorque des salariés tous les autres travailleurs agricoles.

2° Au point de vue économique.

C'est le problème du financement de la sécurité qui va être ici évoqué.

Le législateur commet également une erreur capitale lorsqu'il croit qu'à l'image de la législation industrielle la législation sociale agricole peut indéfiniment être financée par voie de cotisations, quelque lourdes que soient ces dernières.

Tandis qu'en effet l'industriel se dégage à tout coup et sans effort sur l'acheteur de ses charges sociales, en incorporant celles-ci au prix de vente du produit (il n'est en fait qu'un collecteur de ressources sur l'ensemble de la nation), l'agriculteur, lui, doit — bon gré, mal gré — supporter par lui-même sans aucune compensation l'intégralité de ses charges, dès lors qu'il n'est pas maître de ses prix; situation d'autant plus inique que, pour certaines productions comme le blé et le lait, les Pouvoirs publics le contraignent à produire à perte (2).

---

(2) Les charges actuellement imposées à l'agriculture sont énormes. Prenons un exemple qui a été souligné dans un rapport de M. Le Goff :

L'Agriculture supporte la totalité des charges « Accidents du travail », et, depuis le 1er janvier — par suite de la suppression des majorations de l'Etat — la totalité des charges « Assurances sociales ». Soit par cotisations, soit par prélèvements au profit du Fonds national de solidarité, elle paie également soixante-dix pour cent de ses charges « Allocations familiales ».

A la suite d'un relèvement considérable des salaires moyens préfectoraux, les cotisations Assurances sociales et Accidents du travail se sont trouvées brusquement doublées depuis le 1er janvier 1946. Lorsqu'un domestique refuse le précompte « Assurances sociales » (cas très fréquent), il coûte désormais 500 francs par mois de charges sociales à son employeur, soit quinze fois plus qu'en 1940.

Soit directement, soit indirectement, l'agriculture française est actuellement grevée de 11 à 12 milliards de charges (Assurances sociales, Accidents du travail, Allocations familiales).

Sans doute une loi récente prévoit-elle que la taxe sur les produits perçue au profit du Fonds national de solidarité sera désormais extérieure au prix de revient des produits. Mais cette loi n'a pas toute la netteté désirable, et il faudra en attendre l'application pour être absolument persuadé que les agriculteurs ne continueront pas à faire les frais de la taxe de solidarité.

Loi du 22 mai 1946 sur la Sécurité sociale. — Cette loi, étendant la Sécurité sociale à l'ensemble des travailleurs agricoles, est encore plus ahurissante. On croirait vraiment que l'agriculture est « taillable et corvéable à merci », puisque le financement de la Sécurité sociale agricole serait tout entier assuré par voie de cotisations professionnelles...

La Retraite des vieux représente à elle seule 9 % des salaires et des revenus; les autres risques « Assurances sociales », 7 %; le risque « Accidents du travail », comprises les taxes, 4,50 % à 5 %; les « Allocations familiales », en l'état actuel (à supposer que la participation de l'Etat ne soit pas supprimée), 1,50 à 2,50 %, pour autant qu'on puisse traduire en salaires une cotisation forfaitaire sur le revenu cadastral. *Au total, 22 à 23 % des salaires et revenus*, soit pour 7.500.000 travailleurs au salaire ou revenu moyen de 45.000 francs (= 337 milliards 500 millions de salaires) : *74 milliards 250 millions de charges !* Le Morbihan seul, pour ses deux cent mille travailleurs, aurait à supporter environ 2 milliards, soit 40.000 francs en moyenne par exploitation, soit 3.800 à 4.000 francs de l'hectare ! On voudrait tuer la législation sociale agricole qu'on ne ferait pas mieux.

Une conclusion s'impose : la Sécurité sociale n'est viable en agriculture qu'à la condition de prévoir un « renversement de vapeur », une transformation radicale du mode de financement actuel.

L'exploitation agricole, personnifiée par l'exploitant, peut être difficilement prise comme moyen ou comme intermédiaire financier et de protection sociale, ainsi que cela se pratique en industrie.

3° Au point de vue géographique.

Dans les villes, les travailleurs sont concentrés dans un territoire déterminé.

A la campagne, production et hommes sont disséminés. Cette dissémination et cet isolement du paysan conduit à une localisation géographique de la profession agricole et fait de la commune rurale, selon l'expression de Johan, un « lieu professionnel » destiné à jouer le même rôle que le lieu professionnel de l'entreprise en matière industrielle. Le problème se compliquant, d'ailleurs, du fait que la diversité des régimes engendre des différences dans les natures de cultures, les modes d'exploitation, la physionomie sociale.

Il résulte de cela que les lois sociales d'ensemble, vite connues et appliquées en ville, ne peuvent pénétrer dans les villages avec les mêmes méthodes. Il n'est pas exagéré de dire que si les législations sur les accidents du travail, les assurances sociales, les allocations familiales, se sont appliquées en agriculture, c'est parce qu'il existait la Mutualité agricole, qui a entrepris cette application.

Ici encore, le régionalisme est une réalité avec laquelle il faut compter.

4° Au point de vue psychologique.

Il y a un type psycho-physiologique paysan, avons-nous démontré au début de cette étude.

Nul n'ignore que cette psychologie paysanne diffère beaucoup de la psychologie du citadin.

— dans l'activité industrielle, l'« expérience de laboratoire précède, conditionne et détermine la création de l'usine, mais le travail de la terre s'impose avec un empirisme immédiat et les améliorations scientifiques ne peuvent l'aider qu'à posteriori » (Jahan).

— l'agriculture est réfractaire à une littérature juridique et à l'assimilation des besognes administratives. « C'est par un contact humain empruntant le canal des relations naturelles que, du législateur à la ferme, les directives d'une législation sociale doivent être conduites, adaptées, différées. » Cela exige une simplification dans l'application de la Sécurité sociale. Donc, même dans l'application d'une législation sociale à l'Agriculture, il faut tenir compte de la psychologie paysanne différente de la psychologie urbaine.

*
* *

Pour résumer et compléter — disons que les conditions de vie et les risques étant différents, les modalités de la Sécurité sociale doivent nécessairement être différents, avec des avantages équivalents dans les deux secteurs urbain et rural et que, dans certains cas, la difficulté d'application

régulière de la Sécurité sociale réside dans la discontinuité du travail agricole et de la tendance qu'ont les ouvriers de certaines régions de réserver quelques mois par an à leurs travaux horticoles personnels, au cours desquels les cotisations ne sont pas versées.

III. — *ETAT ACTUEL DE LA SECURITE SOCIALE AGRICOLE*

Avant d'esquisser un plan, avant de donner les orientations d'une Sécurité sociale agricole, il nous faut faire un bref inventaire de ce qui est en vigueur actuellement.

a) Les salariés agricoles bénéficient de la même législation que les travailleurs des villes pour les accidents de travail, les assurances sociales, l'allocation aux vieux travailleurs, les allocations familiales. Il n'y a qu'une différence essentielle : la plupart des prestations qui leur sont allouées sont à un taux moindre.

b) Les exploitants agricoles ne bénéficient actuellement de droit que des allocations familiales pour leurs charges de famille. Par ailleurs, ils peuvent, de leur libre initiative, s'assurer une certaine sécurité pour leur personne et leur famille. Ainsi, en matière d'accidents du travail, ils ont la faculté de s'assujettir à la loi pour eux et les membres de leur famille travaillant avec eux.

En matière d'assurance sociale encore, ceux qui ne se sont pas assujettis à la loi sur les accidents peuvent bénéficier d'une assurance facultative.

En réalité, ces trois dernières formes de la Sécurité sociale agricole actuelle n'étant pas obligatoires et étant ou trop compliquées ou peu intéressantes, ont atteint un développement insignifiant.

Enfin, en attendant l'application de la retraite vieillesse (loi du 22 mai 1946), les exploitants agricoles âgés de plus de 65 ans bénéficient d'une allocation mensuelle temporaire de 700 francs par mois à partir du 1er septembre 1946.

IV. — *SUR QUELLES BASES FAUT-IL REALISER LA SECURITE SOCIALE AGRICOLE ?*

Nous allons voir successivement :

— quelles améliorations sont en projet;
— quelles nouveautés il faudrait y apporter;
— le mode de financement à pratiquer;
— la gestion à établir.

1° Les projets d'amélioration.

Ils sont nombreux, les organismes agricoles et les parlementaires ruraux s'étant penchés sur le problème. Mais si bien des gens sont d'accord sur l'extension et les améliorations de cette sécurité à l'agriculture, qui doit les faire et comment doit-on les faire ?

C'est ici que surgissent les difficultés, d'autant que les passions politiques sont en jeu.

Le Ministère du Travail prétend que l'opération est de son ressort et que le régime urbain est tout à fait adapté.

Le Ministère de l'Agriculture argue, avec quelque raison, de sa seule compétence et estime qu'il y a des adaptations à faire. Toujours est-il que, soit la prédominance de l'un d'eux, soit le compromis entre eux, ils ont déjà abouti à des réalisations ou à des projets qui prétendent solutionner la Sécurité agricole en continuant l'errement d'assimiler les exploitants aux salariés.

Pour les *Allocations familiales agricoles*, aucun changement n'a été prévu, si ce n'est leur relèvement général, avec relèvement de cotisations ou de taxes que cela suppose.

Pour les *Assurances sociales*, l'ordonnance du 19 octobre 1945 a étendu les Assurances sociales obligatoires à tous les membres de la famille de l'exploitant. Cela veut dire que le nombre des assurés sociaux agricoles passerait de 900.000 à 4.500.000 au moins, et les caisses ne peuvent faire face à cet accroissement. Le chef de famille paierait également pour chaque membre de sa famille une cotisation annuelle de 3.000 francs, sans avoir pour lui-même et ses enfants d'âge scolaire aucun droit à prestation. Ce serait une charge nouvelle de 9 milliards que l'agriculture supporterait seule. Le système est inapplicable, et en réalité il se réétudie.

Pour les *Allocations aux vieux travailleurs*, elles remplaceront l'allocation temporaire de 700 francs par mois du 14 septembre 1946 à partir du 1er avril 1947, en application de la loi du 22 mai 1946. Là encore le financement se ferait sur cotisation d'après salaires pour les salariés et les assimilés, c'est-à-dire les membres de la famille. Les chefs d'exploitation cotiseront d'après leur revenu imposable, ce revenu existant toujours en la circonstance. Les cotisations seraient les 9/10 de celles des Assurances sociales.

Au total, une telle sécurité sociale chargerait l'agriculture de 74 milliards 350 millions de cotisations, soit 4.000 francs par hectare, le double d'un fermage normal.

Elle supporterait cette charge seule; ce chiffre impressionnant, dépassant largement la valeur de sa récolte blé 1946, le 1/3 de son revenu brut, n'englobe pas les diverses taxes d'allocations familiales qu'elle a quelques possibilités de récupérer sur ses acheteurs. Ce serait particulièrement injuste puisqu'elle aide les 55 % des Français non agriculteurs à supporter leur sécurité sociale : le financement de celle-ci, inclus dans les prix de revient, est récupéré sur tous les consommateurs. En somme, cela consisterait à faire participer les paysans aux charges des autres et à détruire pour cela, et pour assurer leurs charges, peu à peu leur capital : ils paieraient dans ce domaine 1/5, alors que les autres ne paient que 0,5; en d'autres termes, ils supporteraient les 3/4 de la sécurité sociale française.

2° Orientation et nouveautés pour une sécurité sociale agricole efficace.

Il résulte des pages précédentes :

a) que l'extension de la législation sociale à l'ensemble des travailleurs agricoles non salariés répond à un besoin, les conditions de vie de la plupart d'entre eux étant proches de celles des ouvriers;

b) que la législation sociale agricole doit nettement se détacher de la législation générale — et notamment rompre avec l'idée de base : le salariat — pour être adaptée aux particularités du monde paysan;

c) que la généralisation du bénéfice des lois sociales exige impérativement de nouvelles modalités de financement et des simplifications administratives.

En bref, la sécurité sociale agricole doit apporter à tous les membres des familles paysannes, qu'elles soient d'exploitants ou de salariés, les avantages qu'elle apporte aux familles urbaines, mais adaptés pour celles-là.

Les prestations, aussi larges que possible, devront, à l'avenir, favoriser l'hygiène et toutes les améliorations en faveur de la famille.

Les mutualistes ont fait connaître sur ce point leur position et leurs revendications. Elles paraissent raisonnables :

> « Pour les salariés agricoles qui ont déjà toutes les prestations de la Sécurité sociale actuelle, une transformation reste à réaliser : leur équivalence avec les prestations urbaines.
>
> » Pour les exploitants agricoles, leurs allocations familiales doivent être l'objet de l'amélioration précédente. Ils doivent avoir la même allocation vieillesse que leurs salariés. Les prestations des accidents du travail et des assurances sociales doivent aussi être identiques, sauf les exceptions suivantes :
>
> » *a*) Il y aurait lieu, dans tous les cas où l'accident ou la maladie n'entraînerait qu'une invalidité très temporaire, de ne prévoir aucune indemnité journalière de salaire, puisque celui-ci n'existe pas et que l'exploitation continue à marcher lorsque l'un de ses membres est arrêté pendant un mois ou deux. Il ne faudrait la prévoir que lorsqu'il y aurait obligation, du fait d'une longue immobilisation, de faire appel à un salarié.
>
> » *b*) Les risques d'invalidité ou d'incapacité permanente ne seraient couverts que lorsqu'ils atteindraient 40 ou 60 %, mais ils seraient couverts en totalité. »

D'autre part, nous pensons qu'il y aurait lieu de revoir la législation concernant les maladies professionnelles agricoles. Le mot « agricole », accolé à l'expression « maladies professionnelles », est d'ailleurs peu employé. Il y a là une erreur à réparer, étant bien entendu que toutes les maladies contractées au cours du travail ne sont pas professionnelles.

Lorsque l'on sait qu'en effectuant tel travail le sujet est susceptible de contracter telle maladie, on peut parler de maladies professionnelles.

Ainsi nous pensons que les maladies dont nous avons fait la description dans la première partie de cet ouvrage doivent rentrer dans cette catégorie et permettre à la victime du travail une aide et une garantie. Par exemple, les maladies transmissibles par les animaux (fièvre de Malte, certains cas de tuberculose, etc.).

3° Mode de financement à pratiquer et gestion à établir.

Mais le problème capital de la Sécurité sociale agricole est le *problème de son financement.*

Des solutions sont proposées — dont les plus intéressantes semblent être

celles de MM. Le Goff et des dirigeants de la Mutualité, dont plusieurs parlementaires se font les défenseurs. En voici l'essentiel :

D'abord, mettons les choses au point : les critiques faites montrent l'impossibilité et l'injustice des cotisations individuelles. Elles ne tiennent aucun compte des possibilités que l'individu tire de son exploitation : que celle-ci soit grosse ou petite, fertile ou aride, il paie le même taux.

Donc, les cotisations devraient être incorporées dans les prix de revient et récupérés sur les ventes : la Sécurité serait, en définitive, financée par la production. Mais le cultivateur n'étant pas maître de ses prix n'a pas la faculté d'effectuer la même récupération que dans l'industrie. Il faut créer la possibilité de le faire. Le problème pratique est là.

En conséquence, le financement de la Sécurité sociale agricole exige quelques réformes :

a) *Unification du financement et simplification de l'organisation* par une cotisation commune aux trois branches : Accidents du travail, Allocations familiales, Assurances sociales, assise sur l'exploitation.

b) *Maintien du principe des cotisations, mais suppression de l'individualisation de ces cotisations.*

La gestion de la Sécurité sociale doit rester mutualiste, il est donc indispensable de maintenir une cotisation de principe, qui ne pourra couvrir qu'une faible partie des charges. Mais ces cotisations doivent reposer, non plus sur l'individu, mais sur l'*exploitation et sa fertilité*. Elles pourront être basées, soit sur le plan cadastral (à l'exemple de la cotisation « Allocations familiales »), soit sur d'autres éléments tenant compte de la capacité contribution de l'exploitant (nature de cultures, rendements...). De toutes façons, l'exploitation constitue une assiette idéale en vue de l'établissement des cotisations.

c) *Taxes sur les produits agricoles commercialisés*, perçues au stade de la vente, indépendantes du prix de revient, donc à la charge du consommateur.

*
* *

Les médecins ruraux ajouteront que cette Sécurité ne sera acceptable que si elle évite de tomber dans les erreurs du plan de Sécurité sociale en vigueur (entorses aux principes essentiels de la charte médicale).

Il importe d'en finir loyalement avec la tendance qui consiste à vouloir tout régir suivant les mêmes vues de l'esprit au mépris du réel. Et le paysan est l'homme du réel.

CHAPITRE IV

REFLEXIONS SUR L'AVENIR DE LA MEDECINE SOCIALE

Le médecin est inquiet...

Dans le monde bouleversé, en gestation de nouvelles structures, il se demande avec angoisse quel sort lui est réservé.

Deviendra-t-il le fonctionnaire de l'Etat-Patron, pour le contrôle des collectivités, les vaccinations, les examens prénuptiaux et prénataux ? Selon la juste interrogation du docteur Biancani : « Sera-t-il affecté à une médecine de masse » ?

Et, au terme de ces pages, nous sentons cette inquiétude du médecin. Les réponses à nos enquêtes nous l'indiquent clairement. Cette organisation médico-sociale que nous avons demandée et structurée pour le monde rural, cette évolution des problèmes sociaux, cette médecine sociale, nous conduisent-elles nécessairement vers la fonctionnarisation ?

Nous ne le pensons pas — bien au contraire, nous croyons que leur réalisation est le meilleur moyen de l'éviter.

Si le centre médico-social rural répond aux définitions que nous en avons données, respecte les principes et les modalités de la médecine libre, il est viable et ne présente aucun danger d'étatisation.

De même, l'armement législatif médico-social et de Sécurité sociale peut éviter ce danger.

Il ne s'agit pas de s'opposer au courant moderne qui nous emportera comme un fétu. Il suffit que nous entrions hardiment dans la voie des réalisations positives, il suffit que nous nous engagions dans ce courant du temps présent pour le guider et l'orienter. Plus précisément, il appartient au Corps médical d'illuminer et d'humaniser la Sécurité sociale. Si celle-ci est organisée et gérée en dehors des médecins, elle risque d'être une tentaculaire, titanesque et froide organisation, où tout se passe devant un guichet sans lumière, où l'individu est plus voisin du robot que de l'homme, et où l'emprise d'un parti politique se manifestera progressivement.

En résumé, si nous voulons sauver la médecine libre, il faut que nous fermions la bouche à la critique de l'égoïsme et de l'individualisme médical opposé au progrès social, il faut que nous rompions avec un esprit rétrograde de conservatisme social, il faut que nous apportions notre pierre à la construction au lieu de nous retirer dans notre tour d'ivoire.

D'autre part, après ces pages, la conception de la médecine sociale apparaît plus nette à nos yeux, et une définition précise peut être portée.

Non, la médecine sociale n'est pas la médecine collectivisée. Il y a dans la littérature médico-sociale des définitions à vues courtes. Certains ont défini et ont écrit en administrateurs, d'autres en politiciens. Selon la

parole du docteur Vincent : « Tant de gens pleins de bonne volonté ont cru faire de la médecine sociale, alors qu'ils ne faisaient que de la médecine collective ou solidariste. »

En effet, le plus souvent, on a cru embrasser toute cette action de la médecine sociale en précisant qu'elle s'exerce sur des collectivités et qu'elle se préoccupe surtout de médecine de prévention et d'hygiène. Certains auteurs lui ajoutaient une mission de soins et de contrôle des soins. Ainsi, M. Reverdy, dans un rapport très documenté sur *l'Administration de la Médecine sociale*, écrit que celle-ci « a pour objet de mettre des moyens collectifs au service de la protection et de l'amélioration de la santé des individus dans les sociétés humaines ». Formule qu'il résume ainsi : « La médecine sociale est l'intégration de l'art médical dans une discipline collective et communautaire. »

Ces définitions ne sont pas complètes.

Nous pensons qu'une médecine totale, donc humaine, est, par définition, une médecine sociale.

Evidemment, la médecine est sociale dans la mesure où elle rayonne sur une collectivité. Mais elle l'est aussi par l'objet qu'elle considère : l'*être humain, être social*, qui ne peut être considéré isolément dans un incident ou un accident de la vie. Le malade est considéré alors, placé dans son hérédité, dans sa famille, dans sa profession, dans son milieu psychologique. C'est là que nous saisissons le sens véritable de la médecine sociale. En réalité, l'acte médical est à la fois individuel et social. « La relation maladie-vie sociale s'établit dans les deux sens », selon l'image du docteur Biot.

Arrêtons-nous à cette définition complète du docteur Vincent pour qui le social est inséparable de l'humain :

> « La médecine sociale est celle qui, partant de l'acte médical individuel, agit en fonction des rapports sociaux qui existent entre les individus, s'occupe des conséquences sociales de la maladie individuelle et du retentissement individuel des maladies sociales, traite les malades en tenant compte des exigences sociales de leurs traitements et applique les mesures nécessaires à la prévention des maladies sociales et individuelles. »

Avec ce souci permanent d'humanisme, nous pouvons parler de réalisations sociales et de médecine sociale sans tomber dans le danger collectiviste et communiste.

Il restera toujours une chose que l'Etat ne pourra toucher, qui sera le meilleur moyen de résister à l'emprise de la socialisation, et qui fait toute la valeur du médecin et, en particulier, du médecin de campagne : *son rôle social, ses gestes d'amour permanents*. C'est bien le propre du médecin de famille qui, aux yeux du paysan, n'est pas l'homme aux diplômes qui accourt à son chevet, mais l'homme tout entier avec son bagage professionnel certes, mais surtout avec son cœur, son dévouement, ses qualités morales, sa connaissance de tout l'homme.

On pourra nous dire : parler actuellement devant le courant socialiste qui traverse le monde de « médecin de famille », de « colloque singulier », n'est-ce point agir en dehors de l'espace et du temps ?

Non, en aucune manière. Nous pensons que le médecin de famille, omnipraticien, doit continuer à vivre ce rôle social et humain..., irremplaçable artisan aux côtés de l'industrie hospitalière et souvent anonyme.

Nous pensons que cet humanisme de l'omnipraticien rural doit sauvegarder dans l'évolution des idées et des choses le côté si noble de la médecine, qu'il lui permettra de rester le médecin de la personne, de l'homme dans son sens le plus large, c'est-à-dire beaucoup plus que de l'individu.

Ce rôle social du médecin de campagne se manifestant au chevet du malade, au sein de la famille et au sein du village a été excellemment analysé dans la thèse du docteur Richard. C'est la raison pour laquelle nous n'y insisterons pas. Mais nous pensons que ce rôle social demande la présence du médecin dans les diverses activités de la communauté paysanne : dans les commissions d'hygiène et de l'habitation locales, dans les commissions paritaires du travail agricole, dans les municipalités, dans les sociétés sportives.

Son rôle social d'éducateur se manifestera également dans des créations de comités d'action sociale, pour étudier, en collaboration entre tous les éducateurs du village, les problèmes sanitaires, économiques et sociaux du monde rural et de leur petite région en particulier.

Ainsi, avec toutes les élites du village, le médecin servira et refera plus humain le monde paysan, il garantira la santé morale et physique de l'homme du terroir.

Sa récompense, il la trouvera dans la constatation qu'il fera un jour avec Paul Claudel :

> « Il n'y a de joie qu'à réunir plusieurs choses ensemble dans son esprit et beaucoup d'êtres ensemble dans son cœur .. »

Et à ceux qui douteraient de la grandeur de la médecine rurale, nous recommanderons de se pencher sur les attachantes figures et les réalisations éloquentes de ceux qui furent les précurseurs :

— les moines-médecins du Moyen Age;

— le docteur Benassis, chez qui certains ont reconnu le docteur Bossion, de l'Isle-Adam, et d'autres le docteur Franck, de Nîmes;

— le docteur Pouzet, maire de Mazières-en-Gâtine;

— le docteur Labat, de Laplume;

— le docteur Besnin, président-fondateur du Comité d'entente de Bonnétable;

et combien d'autres perdus dans l'anonymat de leur vie humble et donnée.

Enfin, nous leur rappellerons les émouvantes paroles d'Henri Bordeaux sur le docteur Labat :

> « Il a suivi la même évolution intérieure que le docteur Bénassis, du *Médecin de campagne*. Venu s'ensevelir dans un bourg perdu, parmi les paysans, et croyant avoir abandonné les plus hautes ambitions de la vie, au lieu de s'amoindrir il s'est élargi : au-dessus des toits du village, il a découvert la paix et la sagesse divine. »

CONCLUSIONS

Au terme de cette étude sur *le Milieu paysan et la Médecine sociale rurale*, nous pouvons admettre les conclusions suivantes :

I. — *La nécessité d'une médecine rurale*
en raison :

— de l'existence d'un type psycho-physiologique paysan, formé par le genre de travail, par l'action des milieux matériel et humain dans lesquels il vit;

— de l'existence de cas pathologiques propres à la campagne, provenant soit du travail de la terre (déformations, dermatoses, insolations, etc.), soit de la structure du sol (absence ou présence de certains sels minéraux), soit des végétaux (intoxication par les champignons, actinomycoses, etc.), soit des animaux (piqûres infectieuses, parasitoses, rage, charbon, fièvre aphteuse, fièvre de Malte, tuberculose, etc.).

II. — *La nécessité d'une organisation nouvelle de la médecine rurale*
portant sur :

— *la création d'un centre médico-social rural* dans un district limité, avec ses différents secteurs (spécialités, laboratoires, prévention et dépistage, service social), mise à la disposition des omnipraticiens ruraux et des familles paysannes;

— *la répartition plus équitable des cabinets médicaux*,
et cela en raison :

— de l'absence actuelle d'un équipement sanitaire et de moyens de diagnostic et de traitement;

— de l'insuffisance du service social rural.

III. — *L'opportunité d'un enseignement pré-universitaire, universitaire et hospitalier, post-universitaire*

adapté aux futurs médecins de campagnes par :

a) la création de collèges paysans;

b) une certaine décentralisation des facultés, le stage interné, la fusion de l'enseignement de la faculté et de la préparation des concours, le diplôme de médecine rurale, les stages pratiqués en clientèle;
en raison de l'insuffisance de pratique concernant la petite chirurgie, l'obstétrique, la clientèle.

c) la création d'une revue et d'une académie ou d'équipes médico-sociales rurales.

IV. — *L'adaptation des lois médico-sociales en milieu rural*

en ce qui concerne :

— les hôpitaux cantonaux;
— la protection contre les maladies contagieuses;
— la lutte contre la tuberculose;
— la lutte contre les maladies vénériennes;
— la lutte contre l'alcoolisme;
— la protection de l'enfance et de la jeunesse rurale;
— la protection de la mère et de la famille rurale;
— la lutte contre les taudis.

V. — *La nécessité et l'organisation d'un service social et d'une sécurité sociale propre à l'agriculture :*

— par le centre médico-social rural et les assistantes polyvalentes;
— par une sécurité sociale qui ne doit pas être basée sur le salariat comme dans l'industrie, mais sur la production et l'exploitation et par un système de financement simplifié (cotisation commune aux trois branches, suppression de l'individualisation des cotisations, taxes sur les produits agricoles commercialisés);

en raison des différences de conditions de vie et de besoins existant entre la ville et le monde rural.

VI. — *La médecine sociale rurale* — inséparable d'une *médecine humaniste* et *spiritualiste* — peut se développer sans danger pour les principes de liberté de la charte médicale,

car le rôle social et humain du médecin sera le meilleur moyen d'éviter la fonctionnarisation.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
R. DUPÉRIÉ.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
P. DERVILLÉE.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 26 avril 1947.
Le Recteur de l'Académie,
A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

Amidieu et Duclos. — Améliorations des conditions sociales et sanitaires de la vie rurale.

Angirany. — La prophylaxie de la tuberculose dans les campagnes. *Concours médical*, 28 décembre 1946.

Aradon (d'). — L'inquiétude paysanne. Biblioth. du peuple, Presses universitaires.

— L'héroïsme du paysan. Biblioth. du peuple.

— Connaître la terre. Blond et Gay.

Ariès. — Les traditions sociales dans les pays de France. Edit. Nouvelle France.

Armand-Delille. — Traité de service social. T. I et II, Librairie de La Grave.

Artaud. — Le matin d'agriculteur. Economie et humanisme.

Balzac. — Le médecin de campagne.

— Les paysans.

Barral. — Le Centre polyvalent d'hygiène sociale. Thèse Lyon, 1933.

Belbèze. — La neurasthénie rurale. Vigot.

Biancani. — Connaître. *Cahiers d'humanisme médical*, n° 1.

Biot. — Médecine humaine. Coll. Présence, Plon.

— Maladie et vie sociale. *Chronique sociale de France*, n° avril 1946.

Bonjean. — Hygiène rurale en Europe.

Boulard. — Paysannerie et humanisme. J. A. C., Coll. Semailles, 1944.

— Problèmes missionnaires de la France rurale. T. I et II, Ed. du Cerf, 1945.

Bridgman. — Présent et avenir de la médecine rurale 1945. Centre nat. de coordin. des activ. famil.

— L'organisation médicale en Grande-Bretagne. *Archives de médecine sociale*, mai 1945.

— Les centres de santé à l'étranger. *Annales de médecine sociale*, mars 1945.

Broallier. — Service social en campagne.

Brun. — Olivier de Serres, Gentilhomme de France. Coll. Terre de France.

Bucher. — A propos de l'accouchement dirigé. *Concours médical*, 20 juin 1946.

Bureau d'information et d'orientation sociales. — Les activités municipales, Vigot, 1945.

Cahier d'action religieuse et sociale. — Un métier bien décrié : l'assistante sociale, n° 1, décembre 1946, Edit. Spes.

Cahiers de la Fondation française pour l'étude des problèmes humains. — La vie rurale, n° 2, octobre 1944.

Cahuet. — L'allaitement maternel en campagne. Thèse Paris, 1936.

Calsac. — La remorque dispensaire et ses applications pratiques. Thèse Paris, 1946.

Chevalier. — Lait et fièvre ondulante. Thèse Paris, 1938.

Debré. — Médecine, santé, population. 1944, Ed. du Médecin français.

Decourt. — Un référendum dans le corps médical de Grande-Bretagne. *Concours médical* 11 janvier 1947 et 4 janvier 1947.

Delbet. — L'agriculture et la santé. 1945, Ed. de Noël.

Delbrel. — Le service social vu par une assistante sociale. *Pages sociales*, oct. 1945.

Documents pédagogiques. — Le contrôle médical scolaire. N° févr. 1947 du Centre d'études pédagogiques de l'Action populaire.

Doze (Le). — Une organisation future du service de santé. *Concours médical*, 20 juill. 1946.
Drogat. — Le paysan, des origines à nos jours. Ed. Spes, 1941.
— Manuel social rural. Ed. Spes.
Durand. — Propos et loisirs d'un médecin de campagne.
— Le rôle du médecin de campagne. *Concours médical*, 21 févr. 1943.
Epagneul. — Missionnaires de France. Ld. Laboureur.
Ferte. — Ce que les familiaux attendent des municipalités rurales en matière de politique d'habitation. Centre national d'activités familiales, 1945.
Fiches rurales. — La Sécurité sociale agricole.
— L'école rurale, etc. Série complète, 1946, éditée par Mouvement familial rural.
Fiessinger. — Mémoires d'un médecin de campagne (Maloine).
Frahier. — Sport et vie rurale. Ed. Laboureur, Coll. Semailles, 1942.
— La plainte de la jeunesse rurale à propos de l'habitat rural. Enquête *Courrier français*, 30 nov. 1946.
— L'école paysanne. Rapport Journée d'études sociales du secrétariat social du Sud-Ouest, 1945.
Gallup. — Organisation médico-sociale des campagnes. *Concours médical*, 20 juin 1945.
Ganay (de). — Découverte de l'âme paysanne. Ed. Spes, 1942.
Garnier. — La médecine doit rester libre.
— Pourquoi nous combattons. *La médecine libre*, n° juin 1946.
Gauche. — Mon début dans la médecine de campagne en 1889.
Gayraud. — L'hygiène de l'habitat rural dans la reconstruction. Thèse Toulouse, 1942.
Génie rural. — Restauration de l'habitat rural.
Gentet et Gallat. — Service social rural et coordination. Pages documentaires, janv. 1942.
Guigan. — Hygiène d'un village languedocien. Thèse Montpellier, 1938.
Granereau. — Un essai d'éducation paysanne. Coll. Terre de France.
Harmel. — Service social rural. Public. soc. agric.
Heller. — La mutualité et les plans de sécurité sociale. *Concours médical*, 10 sept. 1945.
Huxley. — La vallée du miracle : T. W. A. Ed. Transatlantique, 1945.
Jahan. — Le problème de la protection sociale en agriculture. Bulletin *Information de la Mutualité agricole*, janv. 1947.
Jodin. — Le bel avenir de la médecine générale. *Concours médical*, 15 sept. 1946.
Jonin-Lambert. — L'aide familiale à la campagne. Centre national d'activités familiales.
Labat. — L'âme paysanne. Ed. Spes, 1942.
Lambert. — Pratique médicale rurale. Maloine.
Laquenne. — Vie d'Olivier de Serres. Les Cahiers ruraux.
Leclerc. — Le Comité d'entente de Bonnétable. Ed. Soc. franç., 1942.
Legallen. — Contribution à l'étude d'un village moderne. Thèse Bordeaux, 1941.
Malergue. — Hygiène de la maison rurale.
Marmasse. — Comment réaliser l'analgésie obstétricale à la campagne en 1946. *Concours médical*, 14 sept. 1946.
Maspetial. — Economie paysanne. Librairie Médicis, 1939.
Mathis. — L'organisation rurale de la protection de l'enfance. Thèse Strasbourg, 1940.
Mattin. — Grandeur et misère paysanne. Terre de France.
Mendre. — L'adolescente paysanne. J. A. C.
— L'enfance rurale. J. A. C.

Menkès. — Médecine sans frontière. Ed. du Mont-Blanc.
Mignon. — La révolution en médecine. *Concours médical*, 30 nov. 1944.
Monly. — Hygiène rurale. Maloine.
Mouvement républicain populaire. — La Sécurité sociale agricole. Fichiers du militant, oct. 1946.
Mutualité agricole. — Bulletin d'information de l'année 1946 relatifs à la Sécurité sociale agricole.
Noir. — De l'humanisme en médecine. *Concours médical*, 22 juin 1946.
— Vers la définition de la médecine sociale. *Concours médical*, 31 août 1946.
Office régional d'études et de liaisons (Lille). — La Sécurité sociale doit respecter la liberté.
Orande (d'). — Servante. Coll. Rurale.
Panisset. — Les maladies animales transmissibles à l'homme. Vigot.
Perray. — Repeuplement rural de la France. Publications sociales agricoles.
Perroux. — Agriculture et communauté. Librairie Médicis.
Pesquidoux (de). — Sol de France. Plon.
— Le livre de raison. Plon.
Pinon. — La grande pitié de nos paroisses rurales.
Plessis (du). — La vie paysanne. Ecole supérieure d'agriculture d'Angers, 1941.
Porats. — Un village de France. Ed. Doin, 1943.
Pourrat. — L'homme à la bêche. Flammarion.
— Vent de mars. Gallimard.
Rannoize. — Le médecin à la campagne, 1912.
Régnard et Portier. — Hygiène de la ferme. Baillière.
Reverdy. — L'administration de la médecine sociale. *Les Cahiers du Musée social*, n° 4, 1945.
Richard. — Considérations sur le rôle social du médecin de campagne. Thèse Paris, 1945.
— Le rôle des médecins dans la renaissance rurale. *Terroir*, n° 8.
Rochaix et Tapernoux. — Hygiène des milieux ruraux. Vigot, 1943.
Santé de l'homme. Série 1945. Centre d'éducation sanitaire.
Santé publique. Série 1946.
Société des agriculteurs de France. Rapports des Journées de l'habitat rural, juin 1944.
Société des nations. Organisation de l'habitat rural en Europe, 1939.
— Enquête sur l'habitat rural en France, 1939.
Tessier. — Sécurité sociale. *Courrier français*, 28 juin 1945.
Thaboult. — Mon village : ascension d'un peuple. Librairie Delagrave, 1944.
Thibon. — Retour au réel. Lardachat.
— L'échelle de Jacob. Lardachat.
— Diagnostics. Alsatia.
— Communauté de destins. Economie et humanisme.
Tripier. — Médecine en campagne : obstétrique et puériculture. Thèse Paris, 1927.
Tondeur-Scheffer. — La terre qui renaît. Terre de France.
Tournier. — Médecine de la personne. Delachaud.
Valingot. — Pour une participation efficace du corps médical à la Sécurité sociale. *Concours médical*, 15 juin 1946 et 20 juill. 1946.
— A propos de la Sécurité sociale. *Concours médical*, 28 août 1946.
Vignerot. — L'habitat rural : les lois encourageant son aménagement. Publications sociales agricoles.
Vincent. — Le jardinier des hommes. Ed. du Seuil.
Weyd. — Journal d'une aide-assistante sociale rurale. Ed. des Loisirs, 1943.
Yole. — Le malaise paysan. Ed. Spes, 1929.
La Terre et les vivants. Alsatia.

TABLE DES MATIERES

Pages

INTRODUCTION 1

PREMIERE PARTIE

Médecine rurale : la médecine en fonction du paysan, homme de la terre.

CHAPITRE PREMIER. — *De l'existence d'un type psycho-physiologique paysan.* 6

CHAPITRE II. — *Des cas pathologiques propres à la campagne* 18

CHAPITRE III. — *Difficultés actuelles de la médecine rurale* 27

I. — Difficultés et déficences rencontrées dans l'exercice de la médecine rurale provenant du milieu lui-même 27

II. — Difficultés et déficiences rencontrées dans l'exercice de la médecine provenant de son organisation elle-même 35

CHAPITRE IV. — *Conception d'une organisation nouvelle de la médecine rurale.* 43

I. — L'organisation sanitaire et médico-sociale rurale à l'étranger.... 45

II. — L'organisation sanitaire et médico-sociale rurale en France..... 53

III. — Quelle est la meilleure formule d'organisation médico-sociale rurale ? 60

IV. — Répartition des cabinets médicaux à la campagne 70

CHAPITRE V. — *Conception d'un enseignement adapté aux futurs médecins de campagne* 72

I. — L'enseignement pré-universitaire 72

II. — L'enseignement universitaire 74

III. — L'enseignement post-universitaire 81

DEUXIEME PARTIE

Médecine sociale.

La Médecine en fonction du paysan, être social.

CHAPITRE PREMIER. — *Applications des lois médico-sociales à la campagne*.... 86

Les hôpitaux cantonaux 86

La protection contre les maladies contagieuses 87

La lutte contre la tuberculose 88

La lutte contre les maladies vénériennes et la prostitution 91

La lutte contre l'alcoolisme 93

La protection de l'enfance rurale 96

La protection de l'adolescence et de la jeunesse rurale 103
La protection de la mère et de la famille rurale 107
La lutte contre le taudis rural : pour une politique de l'habitat 108
Education sanitaire du milieu rural 110

CHAPITRE II. — *Le service social rural* 112
I. — Ce qu'est le service social 112
II. — L'organisation du service social rural 119
III. — Quelle serait donc la formule la mieux adaptée au milieu rural ? 121

CHAPITRE III. — *La Sécurité sociale agricole* 123
I. — Ce qu'est la Sécurité sociale 123
II. — Pourquoi une Sécurité sociale agricole ? 127
III. — Etat actuel de la Sécurité sociale agricole 132
IV. — Sur quelles bases faut-il réaliser la Sécurité sociale agricole ?.... 132

CHAPITRE IV. — *Réflexions sur l'avenir de la médecine sociale* 136

CONCLUSIONS 139

BIBLIOGRAPHIE 141

Dépôt légal effectué en 1949 (3e trimestre).

25.113. — Imprimeries Delmas, Bordeaux (31.0192). — 1949.